

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} mai 1907, à 1 heure

PAR

Maurice CHOPINET

LA

SITUATION MATÉRIELLE

DU MÉDECIN

ET LES

LOIS NOUVELLES

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges { *M. LANDOUZY, Professeur.*
M. CLAUDE, Agrégé.
M. MARCEL LABBÉ, Agrégé.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	ROGER.
	{ HAYEM.
Clinique médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	{ RECLUS.
	{ TERRIER.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ	LEGUEU.	RICHAUD.
AUVRAY.	DUPRE.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BALTHAZARD.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BRINDEAU.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (ANDRÉ).	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
	LEGRY.	RENON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR G. CHOPINET

Député de l'Oise

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS



A MON PRESIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur



AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, c'est pour nous un agréable devoir de reconnaissance d'adresser nos remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Que M. le professeur Brissaud reçoive l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Remercions particulièrement M. le Dr Landrieux, médecin honoraire des hôpitaux, et M. le Dr Picqué, chirurgien de l'hôpital Bichat, qui, durant toute la durée de nos études, nous accueillirent si cordialement dans leur service et ne cessèrent de nous témoigner une bienveillance affectueuse dont nous conserverons toujours le souvenir reconnaissant.

Que M. le professeur Gaucher, que MM. les Drs Tuffier, Maygrier, reçoivent l'hommage de notre gratitude pour l'utile enseignement qu'ils nous ont donné pendant notre passage dans leur service comme stagiaire.

Nous avons complété pendant plusieurs années notre instruction médicale dans un grand nombre d'hôpitaux de Paris en y recueillant la parole de nos maîtres soit au lit des malades, soit dans les leçons cliniques. Aussi adressons-nous nos remerciements à MM. les professeurs Tillaux et Budin aujourd'hui disparus, à MM. les professeurs Brissaud, Pinard, Reclus, Landouzy, Berger, Raymond, Kirmisson, Dieulafoy, Joffroy, Guyon, à MM. les Drs Méry, Comby, Voisin, Josué, Thiroloix, Ballet, Babinski, Courtois-Suffit,

Béclère, Guinard, Lucas-Championnière, qui nous ont facilité l'entrée de leurs services et nous ont permis d'acquérir les notions les plus diverses sur les différentes branches de la médecine.

Nous n'avons garde d'oublier ici notre excellent ami, M. Lucien Sicot, docteur en droit, dont l'aide nous fut si précieuse dans le travail juridique de cette thèse. Qu'il reçoive ici nos meilleurs remerciements et l'expression de notre inaltérable amitié.

INTRODUCTION

Au sortir de la Faculté, le médecin qui a conquis son diplôme de docteur a pu acquérir des connaissances générales suffisantes pour l'exercice de son art. Les cours, l'expérience qu'il a puisée dans les services d'hôpitaux auxquels il a été fort assidu ont fait de lui, non un savant, mais un praticien capable de rendre les plus grands services aux malades auxquels il va prodiguer ses soins, pour lesquels il va dépenser toute son énergie.

Ce n'est point qu'il n'y ait de ci de là quelque ombre à ce tableau : l'enseignement universitaire lui-même n'est point parfait, et quelques réformes sont nécessaires pour lui donner plus encore le caractère vraiment pratique dont il a tendance trop souvent à se départir.

En somme, il est peu ou point de lacunes dans la capacité scientifique du médecin. Tout a été mis en œuvre pour la développer.

Malheureusement, et par contre, le médecin n'est point armé lui-même contre les difficultés de l'existence : les réalités pratiques vont le trouver sans défense. Il ignore tout des lois, des règlements auxquels il est obligé d'obéir ; et cependant la pénétration réciproque des différentes professions, la complexité chaque jour croissante des intérêts économiques font que de plus en plus il est obligé de tenir compte de nombreuses mesures législatives qui souvent viennent paralyser son initiative, mais dont la connaissance s'impose s'il ne veut pas s'exposer à de graves mécomptes.

On peut dire que depuis la Faculté où les programmes sont élaborés par le pouvoir exécutif, nous ne faisons que rencontrer à chaque pas un texte nouveau.

Sans entrer dans un examen trop minutieux de ces documents, sans surtout suivre de trop près les tribunaux dans leur jurisprudence, c'est surtout l'esprit de cette législation que nous tendrons à dégager du point de vue médical.

Notre étude doit indiquer quelle est au milieu de toute cette réglementation la situation matérielle du médecin de nos jours. Pour cela, nous nous appesantirons, dans la mesure du possible, sur les obligations qu'imposent aux médecins leurs différentes fonctions officielles et sur la rémunération qu'ils en tirent.

Synthétiser ces diverses questions en les groupant, les étudier au point de vue professionnel, établir en un mot le cadre de la médecine professionnelle en en précisant certains points, tel a été notre but.

D'aucuns nous trouveront un peu hardi d'avoir entrepris un sujet aussi vaste, mais ce travail, tel que nous le concevons, ne nous semble avoir d'utilité qu'autant qu'il est traité avec tout le développement qu'il comporte.

Il fallait examiner la réglementation de la médecine telle qu'elle résulte de la loi de 1892, puis suivre les différentes fonctions que réservent au médecin des lois spéciales sur l'assistance publique, l'hygiène, les accidents du travail, etc..., pour pouvoir déterminer la répercussion de ces lois sur la situation matérielle du médecin, et montrer la complexité de son rôle dans notre société.

*
* *

Examinons, pour commencer, les lois qui, sans objet spécial, concernent l'exercice de la médecine dans son ensemble.

CHAPITRE PREMIER

LOIS GÉNÉRALES CONCERNANT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Ces lois générales qui influent sur la profession médicale peuvent être rangées en deux groupes.

Il y a les lois qui, sans être faites pour le médecin, réagissent sur sa situation matérielle, par exemple en augmentant le nombre des diplômés.

Il y a les lois qui réglementent l'exercice de sa profession.

Des premières, nous ne dirons qu'un mot, nécessaire pourtant, car c'est à cet ensemble de documents législatifs d'ordre général que nous pouvons en partie attribuer l'encombrement de la profession médicale, encombrement qui a amené une crise médicale dénoncée de tous côtés.

L'encombrement médical. — Donc des lois ont créé une ambiance spéciale, des lois sont la cause des difficultés actuelles à notre profession. Ce sont d'abord *les lois réglementant l'enseignement obligatoire*. Il y a pléthore de médecins, comme il y a pléthore d'avocats, de professeurs. La première raison de l'encombrement médical procède du phénomène qui a produit l'engorgement de toutes les carrières dites libérales, nous voulons parler de cette poussée due au développement de l'instruction qui a permis à des jeunes gens peu fortunés d'acquérir comme d'autres leurs diplômes.

Citons encore la *loi militaire* de 1889. Combien de jeunes gens aux goûts incertains, sans vocation bien nette, se sont

mis médecins pour éviter deux ans de service militaire ! Actuellement le privilège accordé à une minorité a disparu, et l'un des effets les plus heureux de la nouvelle législation obligeant tous les citoyens à faire deux ans de service militaire sera peut-être de dégager la médecine de ceux que nous appellerons volontiers des médecins d'occasion.

Nous pouvons compléter ce tableau en signalant d'un mot les autres raisons de la crise médicale ; le *développement de l'hygiène* entraînant la *diminution de malades*, — l'*abus des hospitalisations gratuites*, — le *développement des mutualités, des assurances* dont les intérêts sont contraires aux nôtres, — la concurrence à nous faite par des *charlatans qui exercent illégalement*, etc. (1)

Mais, l'origine du mal connue, encore faudrait-il pouvoir intervenir à temps avant que tout fût perdu, *au début de la carrière*, en rendant plus difficile encore la conquête du diplôme de docteur ; ici les mesures sont nombreuses qui peuvent être préconisées : maintien du baccalauréat, — prolongation de la durée des études, — limitation du nombre des médecins, etc. Puis il serait nécessaire *d'améliorer la situation actuelle*. Il serait bon de voir diminuer les impôts et patentes, — relever les honoraires, — réprimer plus sévèrement l'exercice illégal de la médecine, etc. Ces multiples progrès ne peuvent être réalisés que par *l'union des médecins*.

*
**

Nous n'avons fait jusqu'ici qu'une légère exquisse.

Revenons maintenant en quelques mots sur un point important, effleuré seulement, sur la loi militaire.

LA LOI MILITAIRE. — La loi militaire du 15 juillet 1889 a joué un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'encombre-

(1) V. D^r GOUFFIER : *Concours médical*, 1900, p. 529.

ment des carrières libérales et de la carrière médicale en particulier.

L'article 23 de cette loi renvoyait en congé dans leurs foyers après un an de présence sous les drapeaux les jeunes gens qui avaient obtenu ou qui poursuivaient leurs études pour obtenir le diplôme de docteur ou le titre d'interne dans une ville où il existait une Faculté de médecine. L'article 27 de cette même loi, modifié par l'article unique de la loi du 13 juillet 1895, fixait à vingt-sept ans le terme qui était accordé à ces étudiants pour obtenir leur diplôme, sous peine d'être rappelés pour deux ans sous les drapeaux.

Cette loi réservait par conséquent aux professions libérales, et à elles seules, un privilège contraire au principe de l'égalité absolue de tous les citoyens devant le service militaire.

Les fils d'industriels ou de commerçants ne pouvaient désormais plus éviter de faire trois ans de service militaire en continuant le métier de leurs pères; ils abandonnèrent l'industrie et le commerce pour se réfugier dans les professions qui bénéficiaient d'une exemption. On constate à partir de 1896 une ascension brusque du nombre de diplômes de docteurs en médecine délivrés dans les Facultés. Or les docteurs reçus en 1896 avaient commencé leurs études en 1889-90 et en 1890-91, au moment où la nouvelle loi militaire était mise en vigueur. Et si l'on consulte le chiffre des étudiants inscrits à la Faculté de médecine de Paris, on voit qu'en 1888 il avoisinait 4.000, et qu'en 1895 il était monté à 5.612.

Cet engouement pour les études médicales s'est heureusement calmé à la longue; on peut constater qu'en 1903 le nombre des étudiants inscrits à la même Faculté n'est plus que de 3.527, et il n'est plus à craindre que pareil fait se réalise de nouveau maintenant que le service militaire est devenu obligatoire et égal pour tous, depuis la *loi du 21 mars 1905*.

L'idée égalitaire y a été appliquée avec tant de rigueur que

le législateur n'a pas cru devoir autoriser les étudiants en médecine, comme le demandait leur association corporative, à effectuer leurs deux années de service militaire dans les hôpitaux. Cette exception aurait constitué une faveur appréciable pour ceux qui, dans le choix d'une profession, ont surtout en vue d'échapper aux mille petits ennuis du service actif. Elle aurait été juste, logique même, puisque l'instruction militaire proprement dite est inutile pour le médecin, et que son affectation immédiate au poste qu'il est destiné à remplir en temps de guerre serait une mesure propre à assurer un meilleur fonctionnement du service de santé militaire.

Toutefois, pour assurer le recrutement des aides-majors de réserve, l'article 25 de la loi permet aux docteurs et étudiants en médecine, munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès à la fin de leur première année de service l'examen de médecin auxiliaire, d'être nommés à cet emploi et d'accomplir leur deuxième année comme médecins auxiliaires. En outre, s'ils prennent l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve, et s'ils subissent avec succès, à la fin du troisième semestre, les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major, ils sont nommés à ce grade dans la limite des besoins et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service dans l'armée active.

Les élèves de l'Ecole de santé militaire et de l'Ecole de médecine navale sont de leur côté favorisés par l'article 26. Ils doivent faire une année de service dans les corps de troupe aux conditions ordinaires avant leur entrée dans cette Ecole, puis, dès leur entrée à l'Ecole, ils contractent l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe. Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal accompliraient leur deuxième année de service dans les conditions prévues à l'article 25.

Nous espérons beaucoup en cette loi égalitaire pour détourner de notre profession les fausses vocations.

*
* *

Les autres lois ou réglementations dont nous avons maintenant à parler concernent soit l'enseignement médical, soit l'exercice de la médecine.

Nous compléterons cette étude en examinant les concurrences faites au médecin, en déterminant les charges fiscales qui le grèvent et en précisant certains points de jurisprudence médicale.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Les décrets de 1893(1) ont substitué à l'ancien régime d'études médicales de 1878 un nouveau régime caractérisé par la création d'un certificat d'*Etudes physiques, chimiques et naturelles* obligatoire pour entrer à l'Ecole de médecine, et par la *suppression de l'officiat de santé*. Cette réorganisation des études médicales était rendue nécessaire par le vote de

(1) Décret du 31 juillet 1893 sur les études pour le doctorat en médecine abrogeant le décret du 20 juin 1878, et devant être mis en vigueur à dater du 1^{er} novembre 1895.

Décret du 25 juillet 1893 sur les dispenses pour médecins pourvus d'un diplôme étranger.

Décret du 14 février 1894 sur les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine.

Décret du 14 février 1894 sur les droits à percevoir des aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Décret du 30 juillet 1899 rendant plus facile l'accès de la profession médicale en admettant pour entrer à la Faculté de médecine les quatre certificats d'études supérieures de physique, chimie, botanique, zoologie avec dispense du baccalauréat lettres-philosophie. Il indique aussi un nouveau mode de notation dans les examens et une nouvelle réglementation des délais d'ajournement.

Décret du 20 novembre 1893 réglant les conditions du stage dans les hôpitaux et cliniques annexes de Paris, modifié par le décret du 6 avril 1906 stipulant que l'enseignement dans les services hospitaliers durera non plus du 1^{er} décembre au 15 juin, mais du 1^{er} novembre au 30 juin.

Décret du 16 janvier 1898 décidant que le régime d'études établi par le décret du 31 juillet 1893 serait seul en vigueur à dater du 1^{er} octobre 1903 et que les jeunes gens qui avaient commencé leur scolarité d'après le régime de 1878 seraient soumis au nouveau régime d'études de 1893 à partir de cette date, s'ils n'avaient pas encore obtenu le diplôme de docteur.

la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui ne s'était pas préoccupée de réglementer les études médicales.

Cette réforme a soulevé de nombreuses critiques. Sont-elles fondées?

Pour les apprécier en toute connaissance de cause, il est nécessaire de se faire une idée exacte de ce qu'est un médecin.

Ce qu'on cherche en lui, ce n'est pas la science profonde d'un professeur : point n'est besoin qu'il soit un vulgarisateur. Il est, avant tout, homme d'action. Il faut donc lui permettre de faire son éducation professionnelle. Qu'il étudie, qu'il réfléchisse non sur des abstractions, sur des livres, mais sur des faits, qu'il recherche les documents humains, qu'il voie de nombreux malades (1).

C'est en s'inspirant de ces idées que depuis 1902 le *Concours médical* avait entrepris une campagne pour la réforme des études médicales dans un sens pratique et utile.

Dans ce but, le 11 avril 1906, une délégation des groupements médicaux se rendait auprès du ministre de l'instruction publique pour obtenir de lui la constitution d'une commission de Réformes médicales.

Une première satisfaction sembla leur être donnée par le décret du 25 juillet 1906 instituant le *certificat d'études médicales supérieures*.

L'institution de ce certificat avait pour but (2) d'apporter une amélioration dans le recrutement des agrégés. Avant 1887, le *concours d'agrégation*, qui a lieu tous les trois ans et confère pour une période de 9 années seulement le titre et la place d'agrégés à ceux qui sont nommés, comprenait, comme épreuves d'admissibilité, une épreuve écrite sur une question d'anatomie et de physiologie, et une épreuve orale sur un sujet de pathologie. Le candidat, pour préparer ces questions, était enfermé dans un local où il n'avait à sa

(1) Article de M. le Dr LEREDDE, Rapport sur la réforme des études médicales (*Conc.*, 28 octobre 1906).

(2) Rapport du Dr Bouchard précédant le décret.

disposition ni livres, ni documents d'aucune sorte. Ainsi conçu, le concours assurait le recrutement de professeurs érudits, capables de traiter, sans préparation spéciale, les sujets les plus difficiles. Mais ce tour de force exigeait un prodigieux effort de mémoire et empêchait le candidat, quelquefois pendant de longues années, de fournir un travail personnel, de faire œuvre originale.

Pour éviter cet écueil, on supprima l'épreuve écrite et on permit, pour la préparation de l'épreuve orale, la consultation de certains ouvrages. Le résultat fut que le candidat n'ayant plus à s'occuper, au point de vue du concours, de l'histologie, de l'anatomie pathologique et de la physiologie, les délaissa. Or, c'est pour exiger de lui des connaissances approfondies sur ces matières qu'on imagina de les lui demander dans un examen spécial qui témoignerait une fois pour toutes de ses connaissances générales et remplacerait les épreuves d'admissibilité.

Mais une crainte s'est manifestée immédiatement dans l'esprit de la plupart des médecins à l'annonce de ce nouveau diplôme. Les Facultés de médecine n'allaient-elles pas faire une généreuse distribution de ces diplômes supérieurs, et n'allait-on pas ainsi constituer deux ordres de médecins, les médecins supérieurs et les médecins inférieurs, et rétablir ainsi de façon détournée l'officiat de santé ?

Cette crainte devenait plus vive encore, lorsqu'on lut dans le rapport précédant le décret cette phrase : « Le certificat n'a pas pour unique sanction le droit de s'inscrire en vue du concours de l'agrégation. Il sera recherché, pensons-nous, par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir fournir la preuve. »

Et c'est pourquoi la création de ce diplôme supérieur produisit dans les milieux médicaux une grosse émotion et y souleva une non moins vive réprobation. Les représentants des groupements médicaux s'émurent, et, dans une

réunion tenue le 10 octobre 1906, décidèrent l'organisation pour fin avril 1907 d'un Congrès des praticiens, où serait mise à l'ordre du jour la réforme dans un sens pratique des études médicales avec suppression du certificat d'études médicales supérieures.

Mêmes protestations de la part de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris (1) et des médecins praticiens et étudiants en médecine (2).

Enfin des démarches pressantes furent faites par le Dr Coppens de Lille, la Société de l'internat des hôpitaux de Paris et le Dr Huchard, auprès du ministre pour lui demander de rapporter son décret.

En janvier 1907, le ministre promettait d'accorder aux médecins une demi-satisfaction : le certificat d'études médicales supérieures devait changer de nom et devenir le *certificat d'admissibilité à l'agrégation* ; le nombre des diplômes à délivrer à chaque session ne devait plus être illimité, mais fixé selon les besoins par décret ministériel, de façon à conserver le caractère de concours aux épreuves qui permettaient de l'obtenir.

Souhaitons que l'on ne s'arrête pas en si bonne voie. Le Congrès des praticiens qui se réunira en avril 1907 doit indiquer au nom de tous les médecins les réformes à opérer dans l'enseignement médical.

Les études doivent être dirigées en vue de faire de nous avant tout des médecins au sens pratique du mot (3).

*
* *

Supposons maintenant l'étudiant sorti de la Faculté. Il est pourvu de tous ses titres ; il va pouvoir exercer, réa-

(1) Séance du 25 octobre 1906.

(2) Réunis au nombre d'un millier, le 10 décembre 1906, à l'hôtel des Sociétés savantes.

(3) Le *Journal Officiel* a publié le 5 mars 1907 un décret du 20 février 1907, rapportant celui du 25 juillet 1906, qui avait institué le certificat d'études médicales supérieures. Les épreuves qu'il comportait seront désormais les épreuves d'admissibilité de l'agrégation et ne donneront droit à la délivrance d'aucun diplôme.

liser son rêve; mais sait-il seulement que la loi du 30 novembre 1892 a réglementé très étroitement sa profession? Examinons donc cette loi.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892 (1)

Cette loi qui constitue une charte indique d'abord les *conditions à remplir pour pratiquer la médecine en France*.

Il faut, c'est la première condition, être muni d'un *diplôme de docteur en médecine*, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires) (2).

Toutefois les internes des hôpitaux ou hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à remplacer des docteurs en médecine ou des officiers de santé. Même autorisation peut leur être donnée pour exercer la médecine pendant une épidémie. Elle est délivrée par le préfet du département, limitée à trois mois et renouvelable dans les mêmes conditions (3).

Pour éviter tout abus, le nombre des candidats qui pourront être déclarés admissibles sera fixé par le ministre.

En outre, le ministre, convaincu, par une enquête qu'il avait ouverte dans les facultés de médecine, de la nécessité de la réorganisation des études médicales, a nommé par *arrêté du 4 mars 1907* une commission extraparlamentaire de plus de 70 membres, chargée de rechercher les modifications nécessaires. Elle comprend des personnalités politiques et médicales, des médecins des hôpitaux, des membres de l'Académie de médecine, des représentants de l'Association des médecins de France, de l'Union des Syndicats médicaux.

Au *Journal Officiel* du 5 mars 1907 ont paru également un *arrêté ministériel du 20 février 1907* réorganisant le concours d'agrégation; un *décret du 20 février 1907* relatif à la nomination des professeurs, chargés de cours, suppléants, chefs de travaux, et abrogeant le décret du 1^{er} août 1883; un *arrêté du 20 février 1907* modifiant les programmes du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles fixés par l'arrêté du 31 décembre 1893.

(1) La loi du 30 nov. 1892 remplace la loi du 19 ventôse an XI.

(2) Article 1^{er}.

(3) Article 6.

Ce diplôme est également nécessaire à défaut de celui de chirurgien-dentiste pour exercer la profession de dentiste (1).

Pour pratiquer l'art des accouchements, les sages-femmes doivent être munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe (2).

Toutefois, elles ne peuvent employer des instruments, et dans le cas d'accouchement laborieux, elles doivent faire appeler un docteur en médecine ou un officier de santé. Par contre, elles sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations anti-varioliques (3).

Donc toute personne, auquel le diplôme de docteur en médecine a été délivré, acquiert par là même le droit d'exercer la médecine en France. Ce droit peut lui être retiré momentanément ou définitivement dans certaines circonstances. En effet, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées par les cours et tribunaux contre tout médecin ou officier de santé qui a été condamné : 1° à une peine afflictive ou infamante ; 2° à une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ; 3° à une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi. Les aspirants aux diplômes de docteurs en médecine, condamnés à l'une des peines ci-dessus, peuvent être exclus des établissements d'enseignement médical. Les crimes et délits politiques ne doivent en aucun cas entraîner le retrait du droit d'exercer la médecine (4).

Le médecin pourvu du diplôme ne peut exercer sous un pseudonyme sous peine d'être assimilé à ceux qui exercent illégalement la médecine.

(1) Article 2.

(2) Article 3.

(3) Article 4.

(4) Article 25.

DÉPÔT DE DIPLÔME. — La deuxième condition requise est le dépôt du diplôme. Dans le mois qui suit son établissement, tout docteur est tenu de faire enregistrer sans frais son titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de l'arrondissement où il exerce. Cette même formalité est obligatoire pour celui qui porte son domicile dans un autre département, ou qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veut se livrer de nouveau à l'exercice de sa profession (1).

L'inobservation de cette formalité est punie d'une amende de 25 à 100 francs (2).

SUPPRESSION DE L'OFFICIAI DE SANTÉ. — La loi de 1892 supprima l'officiat de santé. C'était là une grosse réforme.

L'institution de cet officiat de santé par le législateur avait eu pour but d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes. Or ce but ne fut pas atteint. Les officiers de santé, en effet, affluèrent comme les docteurs en médecine dans les villes où la clientèle s'offrait plus nombreuse et plus riche. D'autre part, le décret du 1^{er} août 1883 leur avait imposé un programme d'études très sévère. Dès lors, leur nombre s'abaissa. Ils ne correspondaient plus aux nécessités du temps.

La nouvelle loi les supprima, d'ailleurs sans effet rétroactif, ne voulant léser aucun droit acquis. Les élèves qui au moment de l'application de la loi avaient pris leur première inscription pour l'officiat de santé ont pu continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé (3), et les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la loi ont conservé le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République, à condition de se soumettre à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine (4). Il leur était en outre loisible

(1) Article 9.

(2) Article 22.

(3) Article 31.

(4) Article 29.

d'obtenir le grade de docteur en médecine selon certaines conditions déterminées par un règlement (1).



Exiger du médecin un diplôme sérieux, supprimer l'officiat de santé c'était déjà un réel progrès; la loi a prévu encore la concurrence faite à ces médecins diplômés par des médecins étrangers.

MÉDECINS ET ÉTUDIANTS ÉTRANGERS.— Les médecins diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine et en se conformant aux dispositions prévues par les articles 1, 2, 3, 4 de la loi (2).

Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois, il peut leur être accordé en vue de l'inscription dans les Facultés et écoles de médecine : 1° soit l'équivalence des diplômes et certificats obtenus par eux à l'étranger; 2° soit la dispense des grades français requis pour cette inscription; 3° soit des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger (3).

Ainsi donc la loi autorisait nos Facultés à ouvrir toutes grandes leurs portes aux titulaires de diplômes exotiques auxquels elle accordait l'équivalence du diplôme de bachelier, ou même des dispenses de scolarité, ce qui constituait un abus évident.

La *circulaire Rambaud* du 21 juillet 1896 y remédia.

D'après elle, les jeunes gens qui viennent de l'étranger en France pour y commencer ou y poursuivre des études médicales sont divisés en deux groupes : ceux qui ont l'in-

(1) Article 30.

(2) Article 5.

(3) Article 7.

tention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Les premiers ne reçoivent le diplôme d'Etat, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie, et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il leur est accordé dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités; mais le diplôme qu'ils peuvent recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur confère pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis doit leur en être donné aux secrétaires des facultés, au moment de leur inscription.

Ces mesures étaient justes et nécessaires; mais le mal était déjà fait. C'est ainsi que parmi les 17.000 médecins qui exercent en France, il y a 2.000 médecins étrangers, et qu'à Paris, sur 3.000 médecins, il y a 600 étrangers. Le seul avantage des médecins français est de pouvoir obtenir du préfet, de qui dépend cette mesure, l'exclusion des étrangers des fonctions rétribuées par les communes, les départements et l'Etat; car nul ne peut être admis à exercer des fonctions publiques s'il n'est français ou naturalisé français.

L'exercice de la médecine sur les frontières se rattache étroitement à la question des médecins étrangers. Une réglementation particulière s'impose dans un but d'humanité pour assurer des secours rapides et efficaces aux populations limitrophes de deux pays voisins. Les conventions diplomatiques ne sont pas suffisamment précises; il en résulte pour les malades comme pour les médecins de graves inconvénients. Aussi importerait-il de spécifier que les médecins de frontières pourraient exercer en dehors de leur pays d'origine dans les agglomérations qui seraient contiguës à leur commune de résidence et ne posséderaient pas

de médecin, agglomérations que l'on désignerait nominativement.

*
* *

La loi de 1892 a précisé d'autres points importants. C'est ainsi qu'elle apporte des modifications en ce qui concerne la prescription des honoraires médicaux (1), le privilège de ces honoraires (2). Elle reconnaît encore le droit d'existence aux syndicats médicaux (3), et rend obligatoire la déclaration par le médecin, des maladies épidémiques (4). Mais ce dont elle s'est occupé surtout c'est de réfréner *l'exercice illégal de la médecine*.

Exercice illégal de la médecine.— L'exercice illégal est défini par l'article 16 de la loi sur l'exercice de la médecine. Exercent illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions des articles 6, 29 et 32 de la loi, c'est-à-dire n'étant pas autorisée à remplacer un médecin, ou n'étant pas officier de santé ou dentiste, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée.

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession, c'est-à-dire qui emploie des instruments ou prescrit des médicaments.

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son

(1) Article 11, v. honoraires.

(2) Article 12, v. honoraires.

(3) Article 13, v. syndicats médicaux.

(4) Article 15, v. loi sur la santé publique.

concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi.

Ces dispositions ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgiens-dentistes, opèrent accidentellement l'extraction des dents (1).

Les infractions prévues et punies par la loi sont poursuivies devant la juridiction correctionnelle (2).

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement (3). Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique (4).

Il peut y avoir aussi *usurpation du titre de docteur en médecine* quand un étranger fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Cette infraction à la loi est punie d'une amende de 100 à 200 francs (5).

L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement (6).

Les pénalités sont beaucoup plus élevées comme amende et comme emprisonnement que celles de la loi de l'an XI. L'exercice illégal qui y était considéré comme une simple contravention est qualifié de délit par la loi de 1892. Il était

(1) Article 16.

(2) Article 17.

(3) Article 18.

(4) Article 24.

(5) Article 19.

(6) Article 20.

en effet indispensable, dans l'intérêt même de la santé publique, d'entourer de garanties sévères l'homme de l'art, en édictant des peines effectives proportionnelles au délit, et de donner une définition précise de l'exercice illégal pour ne plus être exposé à enregistrer des interprétations surannées et des conflits entre les Cours d'appel et la Cour de cassation.

Longue est la liste de ceux qui exercent illégalement la médecine d'une façon plus ou moins habituelle. On peut citer particulièrement les pharmaciens, les herboristes, les sages-femmes, les dentistes, les bandagistes, les pédicures, les curés, les sœurs, les rebouteurs, les masseurs, les magnétiseurs, les somnambules, les cartomanciennes, les électriciens, les infirmiers, les gardes-malades, les ventouseurs. Les efforts des syndicats doivent être dirigés contre ces concurrences nuisibles à nos intérêts et à ceux du public (1).

*
* *

Nous venons de voir l'existence, à côté du médecin, de charlatans habiles à user et abuser de la crédulité publique. Nous devons encore signaler, dans certains cas, comme des concurrents habituels des médecins : les pharmaciens.

EXERCICE DE LA PHARMACIE

Il importe au plus haut chef que le rôle respectif des deux professions, médecin et pharmacien, soit nettement délimité.

C'est ce qu'avait essayé de faire la *loi du 19 ventôse an XI* qui régit encore la pharmacie (2).

L'exercice des deux professions médicale et pharmaceuti-

(1) Un récent congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, tenu à Paris du 28 au 31 mai 1906, a constitué une intéressante tentative de défense professionnelle.

(2) Un projet de loi sur la pharmacie fut adopté par la Chambre le 30 juin 1894 et discuté au Sénat de 1892 à 1895. — Voir aussi les rapports de M. Astier, le 12 juin 1900, et de M. Cruppi, le 30 mars 1903.

que se confond en certains points, la médecine ayant avec la pharmacie les rapports les plus intimes. Aussi les médecins ne doivent-ils pas se désintéresser de la revision de la loi sur l'exercice de la pharmacie, d'autant plus que, d'après les textes qui ont été discutés en 1894 et 1895 par le Sénat et par la Chambre, ils ont pu se rendre compte combien l'adoption de certaines dispositions renforçant le monopole de la pharmacie leur pourrait être préjudiciable. Ces dispositions sont de deux sortes : elles concernent l'exercice de la pharmacie par le médecin et la délivrance des médicaments sans ordonnance par le pharmacien.

EXERCICE DE LA PHARMACIE PAR LE MÉDECIN. — Le Sénat, en deuxième lecture, avait adopté le texte suivant :

« Les médecins, exerçant dans une commune où il n'y a pas d'officine de pharmacien, pourront porter des médicaments simples et composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Ils seront tenus à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur à l'exception de la patente. » Texte manifestement incomplet, car il n'indiquait pas si les médecins conservaient le droit de délivrer des médicaments aux clients qui venaient les consulter, ainsi que l'avait très nettement précisé le premier texte adopté.

Les desiderata des médecins sur ce point peuvent se résumer ainsi : le pharmacien doit avoir le monopole de la vente des médicaments dans un rayon de 4 kilomètres de son officine ; le médecin établi à 4 kilomètres au moins d'un pharmacien peut délivrer des remèdes aux malades qui habitent à 4 kilomètres d'une pharmacie ; tout médecin, quelle que soit sa demeure, peut porter des médicaments à ses malades, quand ces derniers habitent à 4 kilomètres au moins d'une pharmacie.

C'est le vrai moyen d'assurer aux malades de la campagne des secours d'autant plus efficaces qu'ils auront été

promptement donnés, de dispenser de courses aussi longues que pénibles ceux qui ont déjà parcouru 5 à 10 kilomètres pour aller chercher le médecin, et de retenir les médecins dans les localités où il font le plus défaut : car l'exercice de la médecine deviendrait impossible à la campagne, le médecin ne pourrait plus y vivre de sa profession, si le pharmacien avait le monopole exclusif de la pharmacie.

En outre, il serait utile que, dans un simple but humanitaire, pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même lorsqu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité où ils habitent, soient autorisés à avoir chez eux, pour les administrer, les remèdes nécessaires.

La proposition de loi de MM. Astier et Cruppi donne satisfaction aux médecins. L'article 9 dit en effet que « le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et dont le domicile est distant de 5 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que s'il réside lui-même dans une commune éloignée de 4 kilomètres au moins d'une pharmacie. Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmacies des lois et des règlements en vigueur, à l'exception de la patente. Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, à titre gratuit, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique. »

DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE PAR LES PHARMACIENS.— La proposition de loi de MM. Astier et Cruppi reproduit dans son article 10 les mesures relatives à la délivrance des médicaments sans ordonnance par les pharmaciens, qui avaient été insérées dans les projets de loi précé-

dents : « Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin, 1^o les médicaments doués de propriétés toxiques ou vénéneuses, qui sont nominale-ment désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans un règlement d'administration publique ; 2^o les médicaments dont une liste spéciale sera dressée par la commission du Codex.

« Toutefois les pharmaciens peuvent sans déroger aux lois sur l'exercice de la médecine, librement délivrer sur la demande de l'acheteur les autres substances constituant des médicaments simples ou composés. »

Cette dernière restriction constitue en faveur du pharmacien l'autorisation la moins déguisée de se livrer légalement à l'exercice illégal de la médecine.

La loi de germinal défend aux pharmaciens de délivrer aucun médicament sans ordonnance : la loi nouvelle leur permettrait d'en délivrer un grand nombre. Or il est un fait indéniable : c'est que chaque jour les pharmaciens donnent et consultations et remèdes, malgré les prescriptions formelles de la loi. Loin de remédier à cette situation, la nouvelle loi ne ferait que l'aggraver. En outre, il sera toujours très facile aux pharmaciens de délivrer non ce que le client demande, mais tel autre médicament qu'ils déclareront meilleur. Le droit de délivrer au client ce qu'il demande conduit donc fatalement le pharmacien à l'exercice illégal de la médecine.

Sans doute un certain nombre de médicaments dont l'emploi est banal peuvent être délivrés sans ordonnance ; mais il est facile d'en dresser la liste, et d'autoriser à délivrer librement ceux-là seuls qui y auront été inscrits. Les médecins auraient donc satisfaction sur ce dernier point, si la formule était renversée, s'il était dit dans la loi que les pharmaciens ne peuvent vendre sans ordonnance aucun médicament simple ou composé, à l'exception de ceux dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

Un autre point du projet de loi de MM. Astier et Cruppi

mérite d'être signalé. Il est dit à l'article 8 que *toute convention d'après laquelle un médecin ou un pharmacien s'entendraient pour l'exploitation d'un produit pharmaceutique* est interdite et passible d'une amende de 100 à 500 francs; que tout pharmacien qui solliciterait un médecin de prescrire un produit sous la promesse d'une remise d'argent ou d'un avantage pouvant se traduire par un profit pécuniaire sera passible de la même peine.

Constatons enfin que, d'après l'article 9, *l'exercice simultané de la profession de médecin et de pharmacien* serait interdit, même en cas de possession par le même titulaire des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

*
* *

Nous voudrions maintenant, comme complément à cet aperçu général, aborder *quelques points de jurisprudence médicale*, et noter la tendance actuelle des tribunaux lorsqu'il s'agit de trancher des questions nous concernant. Nous insisterons seulement sur *l'achat de clientèle*, les *honoraires*, la *responsabilité médicale*.

QUELQUES POINTS DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

Achat de clientèle

Lorsque le médecin s'installe, afin d'éviter la constitution toujours difficile d'une clientèle, il s'adresse à un confrère plus ancien dont il prendra la place.

Ainsi il pourra bénéficier des efforts faits avant lui.

Cette vente de clientèle dans sa forme simpliste n'est point considérée comme valable par les tribunaux. Ceux-ci estiment en effet que la clientèle du médecin est un élément personnel à celui qui en bénéficie, et qui ne peut être susceptible d'aucune cession à titre onéreux. Donc les contrats qui adopteraient la forme d'une vente ordinaire seraient

à l'avance cadues, et les parties pourraient impunément les violer.

La pratique a dégagé les procédés qui permettent de solutionner pourtant d'une façon juridique le problème.

Il suffit pour rendre l'obligation valable d'en changer la nature. Le médecin qui cède sa clientèle s'engage : 1° à procurer à son successeur son entremise auprès de ses clients; 2° à ne pas exercer dans la localité. Ces engagements de faire ou de ne pas faire sont parfaitement licites, et peuvent être sanctionnés par des dommages-intérêts au cas d'inexécution.

Cette solution a en outre l'avantage, au point de vue de l'enregistrement, de n'occasionner que la perception d'un droit de 0 fr. 50 % au lieu du droit de 2 fr. 50 % perçu habituellement sur les mutations.

Honoraires

La question honoraires est une question fort importante en matière médicale; il importe de la préciser.

Demandons-nous d'abord quelles sont les PERSONNES RESPONSABLES DES HONORAIRES MÉDICAUX ?

Ce sont d'abord celles qui ont reçu les soins du médecin; mais en cas d'insolvabilité ou de refus de payer, le médecin peut avoir recours contre d'autres personnes :

1° Contre la famille: conjoint du malade tenu au secours alimentaire, héritiers qui acceptent la succession.

2° Contre la personne dans le domicile de laquelle réside et est soigné le blessé; ainsi : le père pour la fille mariée qui accouche chez lui; la nourrice pour ses nourrissons; le maître pour son domestique, si ce dernier a été soigné dans la maison du maître ; l'hôtelier pour ses voyageurs.

3° Contre tout intermédiaire ayant pris l'initiative de l'appel du médecin, et toute personne ayant engagé sa responsabilité par une intervention personnelle évidente. Toutefois le témoin d'un accident qui, mû par un sentiment

d'humanité, va chercher un médecin n'engage pas sa responsabilité.

TAUX DES HONORAIRES. — Le *taux des honoraires* ne peut obéir à une réglementation uniforme. Ce taux varie suivant la notoriété du médecin, la situation de fortune ou le rang social du malade, l'importance du traitement, les déplacements nécessités par l'éloignement du malade et le nombre des visites. Il varie encore suivant les habitudes locales. Le médecin devra se conformer au tarif habituel des médecins de la région où il s'établit, tarif qui peut lui être indiqué par les syndicats médicaux régionaux (1).

L'existence de ces tarifs médicaux est très utile dans certains cas. Ils peuvent servir de base à l'appréciation des magistrats saisis de contestations d'honoraires, aux débutants inexpérimentés qui ne savent pas le prix qu'ils doivent demander pour la rémunération de leurs soins, et aux médecins qui peuvent les opposer aux clients récalcitrants et de mauvaise foi.

D'une façon générale les consultations sont tarifées au même prix que la visite de ville. Les honoraires sont habituellement doublés pour les visites d'urgence ou pour les visites de nuit; ils sont augmentés pour les applications d'instruments spéciaux. Pour une visite dans un pays éloigné, le médecin réclame, outre le prix de la visite, une indemnité de déplacement variable suivant l'éloignement du pays.

Il y a lieu à tarification spéciale pour les analyses, les opérations. En ce qui concerne les opérations et les accouchements, le médecin peut débattre à l'avance le prix de ses soins. Mais on ne fait pas de forfait pour les soins médicaux, en raison de l'incertitude qui existe fatalement, dans la plupart des cas, sur l'évolution et la durée probable de la maladie.

(1) Voir le *Tarif Jeanne* que l'on peut se procurer au *Concours médical*; le *Code pratique des honoraires médicaux*, du Dr FLOQUET.

RÈGLEMENT DES HONORAIRES.— La comptabilité du médecin doit toujours être tenue régulièrement. Il lui faut avoir un *agenda de poche* sur lequel il inscrit au fur et à mesure chaque jour les visites faites ou à faire, un *livre journalier* portant le relevé des visites ou opérations faites dans la journée, un *grand livre* sur lequel chaque client a son compte à jour.

D'ordinaire les notes d'honoraires s'envoient tous les trois mois, tous les six mois ou tous les ans, suivant les habitudes de chacun; il ne faut pas imiter la conduite de certains médecins négligents qui laissent s'accumuler les notes d'honoraires sans les réclamer ou les réclament seulement au bout de 4 ou 5 ans.

Les notes d'honoraires sont assimilées aux factures et relevés de comptes. Elles sont admises à la poste à raison de 5 centimes par 50 grammes. Mais elles doivent ne contenir que le nom du créancier, l'objet et le chiffre de la dette, l'indication de la date et du mode de paiement.

Si quelques mois après leur envoi, certaines notes n'ont pas été payées, le médecin doit en adresser de nouvelles, et si elles restent encore sans réponse, prévenir le client qu'elles vont être recouvrées par la poste ou par un agent spécial.

Lorsque le client vient régler sa note, il faut inscrire devant lui sur le carnet la somme reçue et sa provenance. Tout reçu d'une somme supérieure à dix francs doit être muni d'un timbre quittance de 10 centimes. Si les honoraires ont été reçus par la poste, on en accuse réception par lettre datée, et l'on retourne en même temps la note acquittée si elle a été envoyée.

L'idéal en fait de paiement d'honoraires est pratiqué en Angleterre. Le médecin est toujours payé d'avance de la façon suivante. A la première visite le client règle le prix de deux visites; il paie ensuite chaque visite consécutive; de sorte que le médecin est toujours payé d'une visite à l'avance, et que le jour où il ne reçoit rien, c'est que le client désire

cesser son traitement. C'est un procédé brutal, mais efficace pour empêcher toute contestation d'honoraires.

Il est utile de ne pas laisser s'accumuler les notes d'honoraires, car les réclamations des médecins peuvent se heurter au bout d'un certain temps à une exception de *prescription*, moyen juridique qui permet au débiteur de se prétendre libéré, sans avoir à fournir de notes acquittées.

PRESCRIPTION DES HONORAIRES. — D'après l'article 11 de la loi de l'exercice de la médecine, qui a modifié l'article 2272 du Code civil, l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments se prescrit par *deux ans*, au lieu d'un an comme précédemment.

Elle s'interrompt par un acte judiciaire, commandement, saisie, citation en conciliation ou par une simple lettre ou reconnaissance écrite par le débiteur accusant réception de la note. S'il y a reconnaissance écrite de la part du débiteur la dette ne se prescrit plus que par 30 ans.

Cette prescription part en général du dernier jour de la maladie; s'il s'agit d'une maladie chronique, de la fin de chaque période aiguë.

PRIVILÈGE DES HONORAIRES. — Les honoraires bénéficient d'un privilège pour leur recouvrement, car on aurait pu craindre que certains médecins ne fussent pas trop ménagers de leurs soins, dans le cas où leurs malades seraient peu solvables.

L'article 12 de la loi sur l'exercice de la médecine a modifié à ce sujet le paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil, et dit : « Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : 1^o les frais de justice; 2^o les frais funéraires; 3^o les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

Ce privilège des frais de la dernière maladie s'exerce donc

en troisième rang après les frais de justice et les frais funéraires, sur les meubles du débiteur d'abord, et en cas d'insuffisance sur les immeubles par préférence aux créanciers hypothécaires eux-mêmes sans nécessité d'inscription, et avant le privilège du propriétaire sur les meubles garnissant les lieux loués.

Il est important de définir ce qu'on doit entendre par dernière maladie. Dans les maladies aiguës, le privilège s'étend de la première à la dernière visite. Mais dans les maladies chroniques, chaque période de recrudescence est considérée comme une maladie séparée, et le privilège ne s'étend qu'à la dernière période de recrudescence.

CONTESTATIONS D'HONORAIRES. — Si le client conteste le nombre de visites, la comptabilité du médecin établit une présomption suffisante. Mais cette comptabilité doit être claire, régulière, sans ratures.

Le juge de paix est compétent d'après la loi du 13 juillet 1905 sur ces contestations sans appel jusqu'à 300 francs, à charge d'appel jusqu'à 600 francs : au-dessus de cette somme c'est le tribunal civil qui est compétent.

L'instance en justice de paix est fort peu coûteuse, il en est tout différemment de l'instance civile qui a en outre l'inconvénient d'être très peu rapidement terminée.

La créance du médecin porte intérêt à 4 % l'an, mais il faut, pour que ces intérêts courent, une demande en justice ou une sommation de payer faite au débiteur.

Responsabilité médicale

D'après les principes généraux du droit, quiconque cause un préjudice à autrui *par sa faute* est tenu de le réparer (articles 1382 et 1383 du Code civil). C'est conformément à ces articles que la responsabilité civile du médecin se trouve engagée.

Mais quand pourra-t-on dire exactement qu'il y a faute de sa part ? La jurisprudence n'est pas précisément fixée sur ce

point. Aucun texte de loi ne réglant les limites de la responsabilité du médecin, ce sont les tribunaux qui ont toute latitude à cet égard. Il y a lieu d'ailleurs dans l'appréciation de la faute de tenir compte des circonstances de la cause. Ainsi on ne peut juger avec la même sévérité l'erreur commise par un médecin de ville ou un médecin de campagne. Celui-ci, en effet, livré à lui-même, est obligé de faire face à toutes les éventualités, et d'agir même si son expérience personnelle sur certains cas spéciaux lui fait craindre une maladresse excusable dans ces conditions. Le médecin de la ville au contraire a la facilité, pour mettre sa responsabilité à couvert, de demander l'avis d'un spécialiste pour les cas qu'il juge embarrassants.

En somme, une faute légère ne devrait jamais entraîner la responsabilité civile du médecin. Cette dernière ne devrait être mise en jeu qu'en cas de *faute lourde*, d'impéritie appréciable à tous, de négligence évidente et criarde, au même titre que l'est sa responsabilité pénale. Les articles 319 et 320 du Code pénal punissent en effet quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, a involontairement commis un homicide, en a été involontairement la cause, ou s'est rendu involontairement coupable de coups et blessures.

Il y a trois circonstances principales à propos desquelles la responsabilité des médecins est souvent mise en jeu : nous voulons parler de la délivrance des certificats, de l'observation du secret professionnel et des opérations chirurgicales.

RESPONSABILITÉ DANS LA DÉLIVRANCE DES CERTIFICATS. — A chaque instant le médecin est sollicité pour délivrer des certificats : ces certificats engagent sa responsabilité au point de vue civil ou pénal (1).

Des peines sévères sont édictées contre les *faux certifi-*

(1) Une bonne étude sur les certificats médicaux a paru dans la *Revue de déontologie* de janvier 1905 sous la signature du Dr A. Logèz-Duc.

cats. Ceux-ci peuvent se classer sous trois chefs différents d'après leurs conséquences judiciaires :

1° *Certificats de complaisance.* Il n'y a pour eux ni poursuite ni punition du médecin : c'est un cas de conscience dont celui-ci est seul juge.

2° *Faux certificats destinés à dispenser d'un service public* (service militaire, juré, témoin). Le médecin est alors poursuivi et atteint par l'article 160 du Code pénal.

3° *Faux certificats pour détourner de la trace d'un crime.* Le médecin est considéré comme complice et condamné comme tel.

Au point de vue de la forme, signalons que le plus grand nombre des certificats doivent être rédigés sur papier timbré et légalisés par la mairie; d'autres en sont exempts.

Il est intéressant de faire remarquer à ce sujet qu'un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré délivré administrativement et avec mention de la destination est plus tard produit en justice. Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.

Le médecin ne doit délivrer de certificats que sur la demande du malade lui-même à peine de dommages intérêts pour violation du secret professionnel. Il doit être très circonspect dans leur rédaction; ne certifier que ce qu'il a pu observer lui-même; distinguer entre les faits constatés par lui et ceux qui résultent de la déclaration de l'intéressé; n'indiquer la relation entre l'effet constaté et les causes dont il ne peut vérifier la réalité que sous les réserves les plus formelles. Il ne doit rien exagérer, même dans la pensée de rendre service à un malheureux, parce qu'il ignore s'il ne causera pas ainsi préjudice à une tierce personne et même à un confrère.

Or les conséquences des imprudences que commettent les médecins dans la rédaction des certificats peuvent être très graves, non seulement pour les tiers, mais encore pour

eux-mêmes, et des sanctions peuvent atteindre le médecin imprudent.

Nous pouvons appuyer d'exemples ces assertions :

Un jeune médecin fit un jour une déclaration de naissance sans avoir examiné ni la mère, ni l'enfant que celle-ci prétendait venir de mettre au monde. Or il se trouva impliqué quelques mois après dans une affaire de chantage et de substitution d'enfant, et le professeur Brouardel eut grand'peine à le tirer de cette mauvaise affaire, bien que la bonne foi du médecin ne fût pas en jeu.

Pour les *certificats de mise en nourrice*, les médecins peuvent aussi éprouver de graves ennuis, quand ils attestent par exemple qu'un enfant n'est atteint d'aucune affection contagieuse. Au cas d'erreur, souvent très excusable, le médecin peut être condamné solidairement avec la famille de l'enfant d'après une jurisprudence récente (1).

Mêmes précautions à prendre pour les *certificats d'internement d'aliénés*. Toutefois, il a été jugé que les faits qui ont été observés par le médecin et lui ont fait conclure dans son certificat au dérangement intellectuel du plaignant ne sauraient être appréciés et discutés par le tribunal qui ne peut se substituer au médecin pour porter un diagnostic en matière aussi délicate (2).

En matière d'*accidents du travail*, le médecin répond encore de sa faute lourde si son diagnostic a causé préjudice à un ouvrier qu'il a fait considérer comme n'étant atteint que d'une incapacité temporaire, alors qu'il s'agissait d'une incapacité permanente, et qu'il y a eu de sa part méconnaissance d'éléments que tout homme de l'art doit nécessairement connaître (3).

Nous pouvons citer en exemple le cas d'un médecin qui,

(1) Lorsque, par exemple, le nourrisson atteint de syphilis, sans présenter à sa naissance aucun symptôme appréciable, contamine sa nourrice, celle-ci peut obtenir des dommages-intérêts du médecin de la famille de l'enfant qui a fourni le certificat en même temps que de la famille elle-même. (Tribunal civil de la Seine, 1^{re} chambre, novembre 1906.)

(2) Tribunal civil de Rouen, 1^{re} chambre, 30 juin 1896.

(3) Tribunal civil de Lille, 19 avril 1905.

dans un certificat à l'occasion d'un accident du travail ayant causé des brûlures profondes et étendues, avait diagnostiqué une incapacité temporaire de travail sans prévision d'une incapacité permanente partielle. Or une rétraction tendineuse des deux mains s'étant produite à la suite de cet accident, il en résulta une incapacité permanente partielle évaluée aux trois quarts de la capacité professionnelle du blessé par un second médecin appelé. L'enquête du juge de paix n'ayant pas été ouverte sur la foi du premier certificat qui ne prévoyait qu'une incapacité temporaire, le blessé ne put réclamer le paiement d'une rente viagère et intenta une action en dommages-intérêts contre le médecin qui l'avait privé, par son pronostic erroné, du bénéfice de la rente.

RESPONSABILITÉ POUR VIOLATION DU SECRÈT PROFESSIONNEL.— D'après l'article 378 du Code pénal, les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession de secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ce secret, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. Ils peuvent être en outre condamnés à des dommages-intérêts envers la personne à laquelle ils ont nui en révélant des faits qu'ils étaient tenu de taire.

C'est une règle immuable, dont le médecin ne doit jamais se départir que de conserver le secret pour tous les faits dont il a eu connaissance par suite de sa qualité et dans l'exercice de sa profession. Il n'a même pas le droit de disposer de ce secret dans l'intérêt du malade, et nul, pas même l'intéressé, ne peut relever le médecin du secret professionnel. Le client en effet en déliant le médecin du secret professionnel, ne connaît pas l'étendue et la portée de ce que pourrait révéler ce médecin s'il disait toute sa pensée : c'est donc à ce dernier seul à rester juge.

Le médecin est tenu par la loi de faire à la mairie la déclaration des naissances lorsqu'il a assisté à l'accouchement.

Mais si la mère, pour une raison quelconque, ne veut pas faire connaître l'accouchement, le médecin dans sa déclaration doit taire le nom de la mère et même le lieu où s'est passé l'accouchement.

Le médecin, appelé comme témoin, est comme tout autre témoin tenu de comparaître et de prêter serment. Mais il doit se retrancher derrière le secret professionnel si on l'interroge sur des faits relatifs aux maladies qu'il a traitées.

Il doit au contraire livrer à la justice les renseignements qu'on lui a confiés non comme médecin, mais comme ami. La distinction, il est vrai, est souvent subtile et bien difficile à établir entre les faits intéressant le malade ou la maladie et les faits étrangers, entre ce que le malade dit à l'ami et ce qu'il dit au médecin.

Rares sont les cas où le médecin peut livrer à des tiers les faits qu'il connaît par l'exercice de sa profession. Il peut, par exemple, lorsqu'il a donné ses soins à un mineur sans que la famille le sache, avertir les parents de la nature de la maladie dont est atteint ce mineur.

Le médecin est encore délié du secret professionnel, lorsqu'il est commis pour procéder à une expertise judiciaire. Il est alors chargé d'un travail médical spécial qui, par sa nature même, exclut toute idée d'obligation du secret.

La loi oblige même dans certains cas le médecin à violer le secret professionnel, nous voulons parler de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses édictée par l'article 15 de loi sur l'exercice de la médecine de 1892.

Cette violation légale d'un principe formel a d'ailleurs été très attaquée, et ceux qui la défendent ne peuvent invoquer en sa faveur que la nécessité de compléter par tous les moyens la réglementation de l'hygiène publique pour protéger la santé du plus grand nombre.

Cette violation du secret professionnel est encore imposée aux médecins lorsqu'il s'agit de maladies de fonctionnaires relevant des administrations de l'Etat.

Pour fixer le nombre de jours de congé à accorder à un employé ces administrations exigent de connaître le nom de la maladie. Elles obligent les médecins à spécifier sur le certificat de maladie, qu'ils établissent à la demande du fonctionnaire, le nom de la maladie, et refusent d'admettre toute demande qui ne contiendrait pas cette indication.

Pour justifier cette mesure on invoque la nécessité d'assurer le bon fonctionnement des services publics, mais il nous paraît évident qu'elle n'en constitue pas moins une violation caractérisée du secret médical et cette seule raison suffit pour que nous la combattons.

Abus des plaintes en Responsabilité

Mais où les réclamations abondent c'est en matière d'opérations chirurgicales. Il s'exerce à ce sujet un véritable chantage (1).

Une opération n'a-t-elle pas réussi : l'intéressé ou ses ayants droit se retournent contre le chirurgien, l'accusant de faute professionnelle.

A-t-il pratiqué l'opération sans le consentement du malade s'il est majeur, de ses parents s'il est mineur, de son conjoint s'il est marié : ceux-ci lui en font grief et le poursuivent devant les tribunaux.

A-t-il laissé à son interne, qui d'après les règlements n'en a pas le droit, le soin d'opérer un malade urgent lorsque le service est surchargé ; l'opération n'a-t-elle pas réussi : le chef de service se voit poursuivi.

M. le Dr Mauclaire dans un excellent article sur l'abus des plaintes en responsabilité médicale et chirurgicale (2) en cite quelques cas.

Une malade qui avait été opérée pour pelvi-péritonite

(1) D'après Brouardel il y a maintenant une centaine de plaintes en responsabilité médicale par an, alors qu'il y a 30 ans on en comptait à peine une.

(2) *Tribune médicale*, 30 déc. 1905.

tuberculeuse, demande une rente viagère au chirurgien parce qu'il lui est resté une fistule stercorale consécutive.

Un autre malade dépose une plainte, en affirmant qu'il lui était resté quelque chose dans le ventre, ainsi qu'en témoignaient les fils de soie qui s'éliminaient de la paroi abdominale. Ce malade avait peut-être lu dans les journaux l'aventure de ce chirurgien français qui retira du ventre d'une malade un lorgnon en or oublié par un chirurgien américain !

Nous pourrions ajouter à cette liste d'autres faits. Un malade, guéri par des injections sous-cutanées de quinine d'une fièvre paludéenne très grave, traîne devant les tribunaux les médecins qui l'ont guéri, parce qu'une injection avait déterminé une paralysie transitoire du pouce et de l'index, attribuable à l'état de santé du malade. Le plaignant fut d'ailleurs débouté, résultat important, car un verdict différent eût créé un précédent déplorable.

C'est une dame, guérie d'une fracture de jambe d'une gravité particulière, qui attaque d'ailleurs en vain son médecin parce qu'il lui est resté une impotence fonctionnelle partielle de son membre.

Dernièrement un médecin de nos amis nous apprenait qu'un riche fermier, soigné il y a deux ans pour une fracture de cuisse, non seulement refusait de payer les deux médecins qui lui avaient donné leurs soins, mais encore faisait contre eux une demande reconventionnelle en dommages-intérêts parce qu'il lui était resté consécutivement une légère claudication.

A citer encore le curieux procès du Dr Berger, actionné par la mère d'une institutrice, pour avoir entrepris une opération plastique sur son enfant et l'avoir abandonnée par la suite. Elle réclamait 100.000 francs de dommages-intérêts, attendu que le refus d'achever l'opération ne pouvait être dû qu'au mauvais vouloir du chirurgien.

Enfin signalons le jugement baroque du Bon Juge, le pré-

sident Magnaud (1), qui condamna un chirurgien dont le malade était mort sous le chloroforme. Il n'avait été commis aucune faute dans l'administration de l'anesthésie, mais le tribunal jugea que les chirurgiens avaient commis une faute professionnelle en n'avertissant pas auparavant le malade des dangers de la chloroformisation ! Il est juste d'ajouter que ce jugement bizarre fut réformé par la Cour d'appel.

Nous avons été témoins du fait suivant : un malade, opéré d'urgence d'appendicite aiguë à l'hôpital Bichat par l'interne, meurt le lendemain. Immédiatement, la famille dépose une plainte en dommages-intérêts, sous prétexte que le malade n'avait pas été opéré par le chirurgien lui-même, et que la technique mise en œuvre (on avait pratiqué une contre-incision lombaire était mauvaise. Ce dernier détail n'avait pu être donné que par un confrère complaisant. Heureusement, le malade avait été opéré sous les yeux du chirurgien en chef et d'un médecin en chef de l'hôpital, et la famille finit par retirer sa plainte.

Du même hôpital : une jeune femme, opérée d'appendicite, succombait à des complications imprévues quinze jours après l'opération. Près de six mois s'étaient écoulés quand survint une plainte au Parquet contre les chirurgiens. On les accusait de faute professionnelle, parce qu'ils n'avaient pas été d'accord sur le traitement opératoire à instituer et s'étaient disputés à ce sujet devant le lit de la malade ! Inutile d'ajouter que ce qu'on qualifiait dispute n'était qu'une discussion scientifique ayant eu lieu au cours de la visite entre le maître et les élèves.

En ce qui concerne l'obligation imposée au chirurgien d'avoir *l'autorisation du malade ou de sa famille pour pratiquer une opération*, les conséquences en sont détestables. En cas d'urgence, le chirurgien en est réduit à mettre en pratique la théorie du laisser-mourir. Si le principe de la responsabilité pouvait être admis dans ce cas, il est certain

(1) Tribunal de Château-Thierry, 7 juin 1905.

que le médecin n'oserait plus pratiquer une opération nécessaire, pouvant toujours redouter que l'urgence en soit contestée dans la suite : la crainte de poursuites en dommages-intérêts et le souci de la situation à défendre feraient disparaître la question d'humanité.

L'atteinte portée au libre exercice de la médecine par la responsabilité médicale se retourne donc contre les intérêts qu'on prétend sauvegarder, et nuit au malade au lieu de le protéger. L'intérêt des malades exige en effet que les médecins ne soient pas découragés par la menace des responsabilités multipliées.

Les conséquences d'une telle pratique se font rapidement sentir. Nous avons entendu M. le Dr Pinard insister sur ce fait qu'en 1898, à la clinique Baudelocque, il y eut 24 morts, ce qui représentait le pourcentage énorme de 1.04 %. Que s'était-il donc passé ? Tout simplement qu'à cette époque, à la suite d'un procès fameux (1), les médecins ne voulaient plus intervenir dans les cas graves, craignant des poursuites en cas de non réussite, et les femmes arrivaient à l'hôpital à toute extrémité.

C'est M. le Dr Pinard qui citait encore à ce sujet ce qui peut se passer en cas de rupture de l'utérus. Il est un fait connu des accoucheurs, c'est que cette rupture se produit le plus souvent sans qu'aucune intervention médicale n'ait eu lieu ; mais on prévoit l'accusation qui pourrait être portée contre le médecin, si cette rupture survenait à la suite de manœuvres obstétricales opératoires.

Il résulte de tous ces faits que bien souvent les médecins s'abstiennent d'intervenir utilement, retenus qu'ils sont par la crainte de lourdes responsabilités.

Cette crainte est d'autant plus fondée que la magistrature manifeste une hostilité certaine contre les médecins.

(1) Procès du Dr Laporte.

Hostilité de la magistrature à l'égard des médecins

Le livre récent du D^r L. Nass, intitulé : *Pauvres docteurs*, insiste sur le conflit médico-judiciaire actuel, et M. le professeur Pinard, qui, en 1897, lors de la retentissante affaire du D^r Laporte, avait pu apprécier de près dans leur triste réalité les agissements de la magistrature vis-à-vis du corps médical appuie de son autorité la thèse du D^r Nass dans une préface vigoureuse. « Je ne saurais, dit-il, assez vous témoigner
« de reconnaissance, pour avoir eu le courage de mettre à
« nu cette plaie résultant de l'antipathie profonde existant
« entre le monde judiciaire et le monde médical. Particulière-
« ment en ce qui concerne la jurisprudence médicale, cette
« plaie est assez profonde et son pronostic assez sombre pour
« nécessiter une esquisse de pathogénie et de traitement.

« Au point de vue pathogénique, j'aurais voulu vous voir
« montrer, plus que vous ne l'avez fait, le pouvoir mons-
« trueux que peut encore à l'heure actuelle exercer le pro-
« cureur ou le juge d'instruction. Est-ce que son apprécia-
« tion personnelle ne lui permet pas de faire appréhender et
« jeter en prison un médecin ayant simplement rempli son
« devoir, mais qui a le malheur d'être accusé par des com-
« mères ? N'est-ce pas ce même pouvoir discrétionnaire qui
« permet à un magistrat, sur la foi d'une lettre anonyme,
« de faire arrêter une jeune fille, sous l'inculpation d'infan-
« ticide récent, le jour même de son mariage et au moment
« où elle sortait de l'église au bras de son mari ! Et cette
« jeune fille fut obligée de se laisser examiner, et le méde-
« cin expert constata que non seulement elle n'était pas
« récemment accouchée, mais encore qu'elle était vierge.
« N'est-ce pas le professeur Brouardel qui, après avoir rap-
« pelé le fait ci-dessus, ajoute : « Il ne faut pas croire que
« ce soit là un cas isolé. Dans cinq enquêtes, ouvertes
« cependant après informations sérieuses, l'examen me per-

« mit de constater la virginité de l'accusée. » Il est temps,
« il me semble, que ces faits révoltants ne puissent plus se
« produire, et que le législateur limite le pouvoir de cer-
« tains juges.

« D'autre part, n'est-il pas également urgent de mettre en
« relief, pour amener plus rapidement sa disparition, le
« rôle que veut faire jouer et fait jouer, hélas ! trop souvent
« le juge d'instruction au médecin expert dit médecin
« légiste ? Quelle est la formule de l'ordonnance employée
« par le juge d'instruction commettant un médecin ? La
« voici :

« Nous, procureur ou juge d'instruction près le tribunal
« de..., commettons le D^r X. à l'effet de rechercher tous
« indices de crimes et délits. »

« Ainsi, pour les magistrats, le médecin qui consent à
« être médecin légiste doit devenir un agent de police !
« C'est bien là le cas de dire avec vous, mon cher con-
« frère : Pauvres docteurs !

« Il eût été bon, je crois, d'insister aussi sur ce fait si
« commun, à savoir : l'intrusion du procureur dans la méde-
« cine, l'amenant à pratiquer couramment l'exercice illégal
« de la médecine légale.

« Assurément, nous médecins, nous ne déclarons pas être
« au-dessus des lois ; si nous réclamons le pouvoir d'exer-
« cer la médecine dans la plénitude du droit que nous donne
« le diplôme, nous ne prétendons nullement à l'infailibilité ;
« nous ne voulons décliner aucune responsabilité. Mais,
« accusés, nous devons exiger des juges compétents. Dans
« l'exercice de ses fonctions, le médecin jugé par le public,
« y gagne quelquefois ; jugé par la magistrature il y perd le
« plus souvent, heureux encore quand le magistrat, par
« habitude, ne transforme pas la faute en crime. Le médecin
« ne doit pas plus s'occuper du crime que le magistrat de
« la faute. Au médecin d'apprécier la faute, au juge d'appré-
« cier le crime.

« C'est dans ces conditions seulement que les magistrats

« et les médecins, dont le rôle est de sauvegarder, comme
« vous le dites, la vie morale et physique de leurs conci-
« toyens, au lieu de se combattre en luttes fratricides, coopé-
« reront à l'œuvre commune de salut et de régénération. »

L'affaire Laporte a été une preuve vivante de l'animosité du pouvoir judiciaire contre le corps médical. Victime d'une arrestation préventive injustifiée le Dr Laporte fut condamné à trois mois de prison avec application de la loi Bérenger. La magistrature pour ne pas reconnaître ses torts obtint sa condamnation ; mais pour ne pas heurter trop délibérément l'opinion, elle apporta le correctif de la loi de sursis.

Les débats de cette affaire ont montré une fois de plus combien les présidents de tribunal sortaient de leur rôle. Ils doivent tenir la balance égale entre l'accusation et la défense ; ils doivent diriger et éclairer les débats et non pas charger l'accusé et se joindre à l'avocat général pour l'accabler. On a pu voir dans cette affaire de quelle hautaine façon le président traitait l'accusé, lui imposant silence à chaque instant, s'indignant de marques de bienveillance de l'auditoire, et acceptant comme des vérités incontestables, les racontars mensongers des voisins.

Un autre exemple de la partialité avec laquelle certains présidents de tribunal dirigent les débats pour prêter main-forte à l'accusation s'est manifesté à l'occasion du fameux procès de Mme Canaby de Bordeaux (1) accusée d'empoisonnement sur son mari. On a du se rendre compte de la fausse conception qu'avait le président du secret médical devant la justice. Les médecins appelés en témoignage furent pris directement à parti par lui parce qu'ils refusaient de divulguer des faits qu'ils avaient connus dans l'exercice de leur profession, bien que l'accusée les eût déliés du secret professionnel.

Celle-ci ne pouvait connaître en effet l'étendue et la portée de ce secret, lequel est aussi bien révélé par l'examen clinique que par les confidences du malade. Mais cela ne faisait pas

(1) Cour d'assises de la Gironde, mai 1906.

L'affaire du procureur, qui comptait sur les médecins pour éclaircir les débats passablement obscurs. Dans sa plaidoirie, il tira parti du silence des médecins en faveur de l'accusation et alla même jusqu'à dire : « Si les médecins ne parlent pas, s'ils ne viennent pas dire ce qu'ils savent, ce sont de malhonnêtes gens ! » — C'était vraiment dépasser la mesure, et le Syndicat des médecins de la Seine a déposé une plainte en règle contre ce procureur au ministre de la justice. Les fonctionnaires des parquets doivent être en effet les premiers à respecter les lois, et il est intolérable qu'ils cherchent à violenter la conscience des témoins.

De tels faits, de tels abus sont bien de nature à provoquer dans l'esprit le moins révolutionnaire de terribles ferments de révolte.

Il ne manque pas d'autres faits qui démontrent jusqu'à l'évidence la mauvaise volonté des juges vis-à-vis des médecins.

Ainsi l'on peut constater que les tribunaux, en général assez sévères quand il s'agit de réprimer l'exercice illégal de la pharmacie et en particulier la délivrance de la morphine sans ordonnance, se montrent d'une bienveillance inqualifiable à l'égard de l'exercice illégal de la médecine, et d'une exigence exagérée à l'égard de médecins demandeurs dans la démonstration de leurs preuves. Il se trouve en effet bien des magistrats pour interpréter dans un sens défavorable aux intérêts des médecins la loi du 30 novembre 1892. Celle-ci avait voulu réprimer plus efficacement l'exercice illégal de la médecine. Or, des charlatans qui, sous l'empire de la loi précédente, eussent été condamnés, sont acquittés aujourd'hui. Est-ce là ce qu'avaient voulu les législateurs ? Certes non, mais ils avaient compté sans le déplorable état d'esprit de la magistrature, condamnée par son recrutement actuel dans la bourgeoisie riche à rester réfractaire à tout progrès et à former une caste rétrograde.

Nous retrouvons encore cette hostilité des magistrats dans certaines circonstances où le Parquet n'hésite pas à entamer

de son propre chef des poursuites contre des médecins sans qu'il y ait eu de plainte déposée contre eux. C'est ainsi qu'un médecin fut poursuivi pour un certificat délivré aux fins d'internement d'un alcoolique dans des conditions parfaites de loyauté et de désintéressement. Cité en police correctionnelle, il fut acquitté. Mais ce qui donne à ce cas particulier une gravité réelle, c'est que la poursuite n'eut pas lieu à l'instigation de l'intéressé ou de sa famille, mais à l'instigation du Parquet. Le procureur de la République accusait le médecin de s'être sciemment rendu complice de violence et de séquestration arbitraire. Et celui-ci eut l'ennui, au terme de sa carrière, de s'asseoir sur les bancs de la correctionnelle et de voir son nom livré à la publicité. De plus, le jugement d'acquittement fut frappé d'appel par le ministère public.

Il faut signaler ces faits, y revenir sans cesse ; c'est par une lutte de tous les instants contre ces errements que nous pouvons arriver à atténuer, sinon à faire disparaître, ces abus criants. Aussi bien la justice de notre cause doit finir par s'imposer au public et forcer les portes du prétoire.

APPENDICE

La question des impôts et le médecin

Il y a lieu de rattacher aux lois générales l'examen des questions fiscales.

L'impôt frappe lourdement sur le médecin, et l'on peut dire qu'à ce point de vue encore il n'a pas beaucoup à se louer de la sollicitude des pouvoirs publics.

Il est soumis d'abord à l'impôt des *patentes*.

Patente. — La loi du 15 juillet 1880 sur les patentes déclare dans son article 1^{er} que tout individu français ou étranger qui exerce en France un commerce, une industrie, une profession non compris dans les exceptions déterminées par la loi est assujetti à la contribution de patentes.

Cet impôt se compose d'un droit fixe et d'un droit proportionnel.

Le médecin ne paie pas, de même que les avocats et les notaires, le droit fixe comme les autres patentables, mais simplement le droit proportionnel. Celui-ci est évalué au 1/15 de la valeur locative réelle de la totalité des locaux habités quand le loyer est inférieur à 2.000 francs ou 4.000 francs suivant les villes. Si le loyer est supérieur à ce chiffre il est évalué à 1/12. Les centimes additionnels doublent ou triplent parfois le chiffre primitif qui peut monter ainsi au 1/6.

Le calcul de la patente portant sur la totalité des locaux habités, le médecin paie donc en réalité deux impôts sur les mêmes pièces, la cote mobilière et la patente. Et la réduction de la cote mobilière, qui est accordée aux notaires et aux huissiers pour leurs études, est refusée aux médecins pour leurs locaux d'exercice professionnel comme leur cabinet de consultation. C'est là une marque d'hostilité administrative.

Le médecin, qui habite chez ses parents et y loge gratuitement, paie cependant patente sur le logement entier, s'il n'a pas pris soin de séparer par un bail distinct ses locaux d'exercice professionnel des lieux d'habitation.

Si le médecin n'exerce qu'à une seule résidence, tout en ayant plusieurs domiciles, il ne doit qu'une patente.

Tous les médecins qui exercent, même gratuitement, sont patentables. C'est ainsi que paient patente : les médecins qui sont chargés de fonctions publiques, et qui exercent leur profession en dehors de ces fonctions, pour lesquelles seules ils sont exempts de patente ; les médecins

militaires qui font de la clientèle civile, les médecins d'asiles et d'hospices, les médecins sanitaires maritimes.

Ne sont pas patentables au contraire les médecins ayant cessé d'exercer ou ceux qui, ayant cessé d'exercer, ne donnent des soins qu'accidentellement ou par intérim.

Les médecins qui exercent la pharmacie ne paient que la patente médicale et non celle de pharmacien ; ils sont assujettis cependant à la visite et à la taxe des poids et mesures.

D'après l'article 25 de la loi de 1880 les matrices des patentes sont dressées chaque année et déposées pendant deux jours au secrétariat de la mairie où les intéressés peuvent en prendre connaissance. Si l'on veut obtenir une réduction en décharge il faut établir sa demande dans les trois mois de la publication du rôle, l'adresser par la mairie qui l'annote au directeur des contributions directes qui l'accepte, ou qui, s'il la rejette, la soumet au préfet avec son avis motivé. Si ce dernier repousse la réclamation, on peut la porter devant le Conseil de préfecture, puis en appel devant le Conseil d'Etat. Les frais de ces dernières juridictions sont minimes.

Il n'y a pas lieu à dégrèvement si, en cours d'année, le médecin prend un local moindre ; par contre, le fisc prend le droit d'augmenter la patente au cas d'augmentation de loyer pour les mois qui restent à courir.

De même l'administration refuse au médecin en cas de cession de clientèle en cours d'année le bénéfice de l'article 28 de la loi, qui permet la rétrocession des patentes commerciales.

Elle fait payer l'année entière au cédant, et le reste de l'année à courir à l'acquéreur.

Impôt sur les voiture, chevaux, automobile, bicyclette du médecin. — Grâce à l'intervention du Dr Dron, député du Nord, les médecins jouissent, depuis le vote de l'article 4 de la loi du 11 juillet 1899, du bénéfice de la réduction à demi-taxe pour toutes les voitures, chevaux,

automobiles qu'ils emploient habituellement à l'exercice de leur profession.

Et ce n'est pas une faveur qu'on leur a ainsi accordée : on a simplement établi à leur égard un dégrèvement dont jouissaient déjà, depuis la loi du 23 juillet 1872, tous les autres patentables.

En ce qui concerne les bicyclettes, l'Etat avait accordé un dégrèvement aux médecins de l'assistance médicale gratuite qui les utilisaient pour ce service et faisaient un minimum de 100 visites. Une circulaire du 30 janvier 1901 du Ministre des finances a supprimé cette légère faveur aux médecins.

L'impôt sur le revenu et les médecins. — M. le Dr Rénon (1) a attiré l'attention des médecins sur ce nouveau mode de répartition des charges fiscales que l'orientation politique des élections législatives de 1906 ne peut manquer d'instituer d'ici peu. Il a montré que les médecins ne peuvent pas se désintéresser de la préparation du nouvel édifice fiscal, et cela pour deux raisons.

« La première, dit-il, c'est que, malgré la singularité apparente de la proposition, l'assiette de l'impôt sur le revenu a les plus grands rapports avec l'hygiène ; la seconde, c'est que les médecins sont exposés à être très lourdement frappés par les nouvelles taxes.

« Les divers projets d'impôt sur le revenu soumis aux commissions parlementaires procèdent de deux principes différents. L'un suppose les signes extérieurs de la vie du contribuable, et prend pour base de taxation le prix de son loyer d'habitation. Vous avez un appartement composé de plusieurs pièces, bien ensoleillé, bien aéré, donc vous êtes riche : telle est la formule. Rien n'est plus faux. A l'heure, où nous faisons une campagne énergique pour la salubrité de l'habitation, où nous admettons comme un axiome que la « tuberculose est la maladie de l'obscurité » où nous protestons

(1) Dans le *Journal des Praticiens* du 2 juin 1906.

de toutes nos forces contre le surpeuplement du logis, beaucoup de citoyens, sur la foi de nos principes d'hygiène sociale, n'ont pas hésité à restreindre leurs autres dépenses et, selon leurs ressources respectives, à payer cher la place, l'air, la lumière, pour la santé de leur famille. Et ce serait le moment choisi pour imposer le logement en le considérant comme un signe de richesse ! Cette base fiscale pousserait les classes populaires à s'entasser à nouveau dans des réduits mal éclairés, dans un encombrement et dans une hygiène des plus douteux...

« D'autre part la taxation sur le loyer serait trop onéreuse pour les médecins. Nous avons tous un loyer plus élevé que ne le comporte notre situation de fortune personnelle. Cette représentation extérieure est obligatoire pour nous, à la ville comme à la campagne. Les courses professionnelles nous obligent, dans la plupart des cas, à nous servir d'un cheval, d'une voiture, voire même d'une automobile, toutes choses dont nous nous passerions, si nous n'étions pas médecins. Nous avons donc l'apparence de la richesse sans en avoir la réalité...

« Partant d'un second principe, l'impôt sur le revenu a le désir de taxer réellement le revenu, ou plutôt les revenus du contribuable, en les grevant plus ou moins selon leur origine, les produits du travail étant moins frappés que ceux des rentes ou rapports divers. Cette taxation est infiniment plus juste, malgré ses difficultés pratiques d'application, résolues cependant dans d'autres pays. Elle ne soulève pas d'objections de la part des médecins, car elle ne saurait léser, comme la précédente, les intérêts hygiéniques du peuple. En outre, un impôt, basé uniquement sur le revenu, ne nous porterait pas de préjudice ; il aurait, de plus, le mérite de montrer à l'Etat, contrairement à ce qu'il pense, combien peu nous gagnons, et combien notre situation matérielle est précaire... »

Nous adoptons entièrement ces conclusions et nous espérons en une plus équitable répartition des impôts.



Nous en avons terminé avec l'exposé des lois générales que nous voulions faire. Il nous faut suivre maintenant le médecin dans ses rôles divers, dans ses rapports avec les lois spéciales d'assistance, d'hygiène, etc.

CHAPITRE II

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le rôle du médecin est considérable dans l'assistance publique; aussi va-t-il nous falloir donner un aperçu général des différents services dans lesquels il exercera son activité.

L'assistance est un devoir de solidarité sociale dont l'Etat a fini par reconnaître l'obligation. Il est inutile d'insister sur la nécessité pour un pays civilisé de venir en aide à ceux qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins.

Différentes catégories d'individus sont dans ce cas : les indigents, les fous, les enfants abandonnés ou en bas âge et les vieillards (1). Différents services ont donc été organisés pour les secourir. Les plus importants sont ceux qui assurent les soins médicaux aux indigents : l'assistance médicale hospitalière et l'assistance médicale à domicile. Rentrent également dans l'organisation de l'assistance publique, les différents services d'aliénés, de protection des enfants du premier âge, des enfants assistés et de l'assistance aux vieillards.

La charge de ces services d'assistance incombe aux départements et aux communes. *L'Etat* n'a qu'un rôle restreint. Il se borne le plus souvent à verser des subventions. Quelques établissements : les Quinze-Vingts, l'asile d'aliénés de Charenton, les asiles de Vincennes et du Vésinet, quatre institutions nationales de sourds-muets ou aveugles, dépendent seulement de lui. Hors ces cas, l'Etat n'a en matière d'assistance qu'une mission de tutelle et de contrôle.

(1) Pour ces derniers ce n'est que depuis le 1^{er} janvier 1907 qu'est appliquée la loi qui leur reconnaît le droit à l'assistance.

Il existe notamment au ministère de l'intérieur une DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES, dont le rôle principal est de préparer le travail législatif en matière d'assistance et d'hygiène et d'en surveiller l'exécution.

Le CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE aide à cette tâche : il est composé de 17 membres de droit, et de 10 sénateurs, 12 députés et 35 personnes compétentes nommés par décret.

*
* *

C'est donc vers les services départementaux et communaux que notre attention va nécessairement se porter.

Le législateur a pensé que les services communaux pourraient permettre de venir en aide aux indigents proprement dits plus facilement et en meilleure connaissance de cause que si c'était le département qui organisait les secours. C'est cette idée qui a guidé dans la répartition du travail entre ces deux personnalités morales : commune et département.

A la commune, les indigents : organisation des bureaux de bienfaisance, assistance médicale à domicile, assistance médicale hospitalière.

Au département, l'assistance aux enfants, aux aliénés, etc.

Voilà les principes. Suivons-les dans l'application.

*
* *

Faisons remarquer auparavant que l'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS a une organisation spéciale, distincte de l'organisation générale de l'assistance en France. Qu'il nous suffise d'indiquer à ce sujet que la loi du 10 janvier 1849, a créé à la tête de ce service un *directeur de l'assistance publique*, seul responsable, placé sous l'autorité du préfet de la Seine et du Ministre de l'intérieur, sous la surveillance d'un Conseil spécial, appelé Conseil de surveillance de l'assistance publique, et sous le contrôle du Conseil municipal. Le directeur administre tous les services, hospitaliers, des secours à domicile, des enfants assistés et des aliénés. Il représente les pauvres en justice.

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite n'est pas applicable au département de la Seine.

*
* *

Ajoutons aussi que, par décret du 28 juillet 1906, il a été institué un service d'INSPECTION DÉPARTEMENTALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. Il comprend dans chaque département un inspecteur et un ou plusieurs sous-inspecteurs. Ceux-ci doivent être recrutés principalement parmi les docteurs en médecine exerçant depuis plusieurs années les fonctions de médecin des enfants assistés ou de la protection des enfants du premier âge, après avoir subi un examen. Ils sont nommés par le Ministre de l'intérieur et rétribués par l'Etat quoique leur service soit départemental et qu'ils soient sous les ordres du préfet. Les inspecteurs des enfants assistés sont supprimés et remplacés par eux.

BUREAUX DE BIENFAISANCE

C'est la commune qui est chargée de la distribution des secours à domicile par l'intermédiaire du bureau de bienfaisance. Depuis la loi du 15 juillet 1893, à côté du bureau de bienfaisance fonctionne le bureau d'assistance médicale gratuite pour les indigents.

Le bureau est la représentation même des pauvres. Léguer et donner aux pauvres, c'est léguer ou donner au bureau de bienfaisance.

Les ressources des bureaux de bienfaisance se composent, en dehors des dons et legs qu'ils reçoivent, d'une taxe que l'on appelle le droit des pauvres et qui comprend le 1/10 du prix des places de tous les théâtres ou établissements similaires, du 1/4 du prix d'entrée des bals et fêtes diverses, du 1/20 du prix des places des concerts non périodiques.

Une autre ressource consiste dans le tiers du produit des concessions dans les cimetières.

Le bureau de bienfaisance est composé de 7 membres : le maire, deux membres élus par le conseil municipal, 4 membres nommés par le préfet. La distribution des secours se fait ordinairement grâce à la bonne volonté de gens charitables qui visitent les pauvres à domicile et proportionnent les secours aux besoins de chacun.

Pour être secouru, il faut avoir dans la commune son domicile de secours, qui est le domicile habituel de la mère au moment de la naissance; pour en acquérir un autre, il faut être majeur et avoir séjourné au moins un an dans la commune. Il faut être également inscrit sur les listes du bureau de bienfaisance.

L'inscription sur ces listes doit être fort surveillée; car le médecin se trouve déjà ici en présence d'un service qui peut lui enlever une partie de sa clientèle, si, comme cela se passe dans certaines communes, la moitié des habitants est portée sur la liste des indigents.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893

Sous l'ancien régime avant la Révolution, l'Etat ne prenait dans les œuvres d'assistance médicale qu'une part bien médiocre, laissant à l'initiative privée le soin de s'occuper des malades indigents. Cette assistance se faisait donc grâce à la générosité de certaines personnes fortunées, grâce aux religieux qui se consacraient à soigner les malades, et aux dépens du médecin qui en assurait l'exécution sans aucune rémunération.

Peu à peu s'est affirmée la nécessité de substituer à ce défaut de solidarité sociale une organisation où le devoir d'assistance incomberait obligatoirement à la collectivité tout entière, au lieu de retomber sur un petit nombre d'individus, c'est-à-dire une organisation où le pauvre serait bien entendu soigné gratuitement, mais où le médecin serait rémunéré.

Le décret-loi du 24 vendémiaire an II proclama le principe du droit à l'assistance; mais il fallut attendre assez longtemps pour que ce principe fût mis à exécution, et que l'assistance fût organisée légalement.

L'assistance hospitalière, la première, fut l'objet d'une loi qui porte la date du 7 août 1851. Cette loi organisait le service d'assistance dans les hôpitaux. Elle imposait aux hôpitaux l'admission des individus, sans condition de domicile de secours, qui tombaient malades dans la commune où existait un hôpital. Mais aucune obligation d'assistance n'était imposée aux communes dépourvues d'hôpitaux.

Quant à l'assistance des malades à domicile, il n'en était pas question dans la loi, et l'administration ne put qu'en recommander l'organisation par des circulaires dont la première date de 1852. Un certain nombre de départements se rendirent à cette invitation et petit à petit s'organisèrent des services départementaux d'assistance à domicile. Puis fut votée la loi du 21 mai 1873 qui réorganisait les bureaux de bienfaisance. Elle permettait dans son article 7 aux commissions administratives des hospices, de concert avec les bureaux de bienfaisance, d'assister à domicile les malades indigents. Mais ce n'était pas encore une obligation.

Cependant l'institution des médecins communaux se généralisa sur tout le territoire. En 1887, on comptait 46 départements où le service d'assistance était établi. En 1893, 49 départements y consacraient près de 2 millions.

Ainsi donc, pendant longtemps, le devoir d'assister les malheureux en cas de maladie fut délaissé par l'Etat. Le

corps médical par contre, fidèle à ses traditions de dévouement et d'humanité, prenait pour lui toute la charge, et, s'attribuant les devoirs délaissés par d'autres, s'efforçait d'assurer, sans rien demander à personne, le traitement des malades indigents.

Aussi les médecins, et principalement les médecins de campagne, appelaient-ils de tous leurs vœux la mise en vigueur d'une loi qui rendrait obligatoire l'assistance médicale par la collectivité, et les soulagerait de la charge personnelle qu'ils assumaient par esprit de sacrifice.

La *loi sur l'assistance médicale gratuite*, promulguée le 15 juillet 1893, vint leur donner satisfaction.

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Les principes, qui ont guidé le législateur dans les dispositions à prendre pour assurer l'application de la loi, sont les suivants : l'assistance aux indigents malades doit être fournie par la commune ; l'organisation des secours pour être simple et obligatoire doit être faite par le département ; les frais doivent incomber à la commune, subsidiairement au département, subsidiairement encore à l'Etat.

La loi établit le principe 1^{er} que tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. Les femmes en couche sont assimilées à des malades.

Pour assurer l'exécution de la loi, il est organisé dans chaque département sous l'autorité du préfet, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources (2).

1^o Chaque commune doit avoir un bureau d'assistance intermédiaire entre ceux qui assurent les soins et ceux qui les reçoivent ; 2^o Les soins à domicile sont donnés par des

(1) Article 1.

(2) Article 4.

médecins désignés par le Conseil général; 3° Pour les soins hospitaliers chaque commune est reliée à un ou plusieurs hôpitaux.

L'organisation du service est faite d'une façon générale par le département. Toutefois, dans certains cas, les communes peuvent être autorisées à avoir des services autonomes.

Services communaux autonomes. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisées, par une décision spéciale du Ministre de l'intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale (1).

On a trouvé inutile d'étendre les prescriptions de la loi aux villes déjà pourvues d'un système complet d'assistance, et dont les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers suffisent aux exigences de l'assistance médicale. On a donné la même faculté aux communes et syndicats de communes disposés à faire les sacrifices nécessaires pour assurer dans de bonnes conditions l'organisation de l'assistance médicale.

Mais, pour obtenir l'autorisation nécessaire, les communes doivent se trouver réellement en état de satisfaire à toutes les obligations de la loi. C'est ainsi qu'elles doivent justifier : 1° qu'à défaut de liste d'assistance dans les conditions prévues par la loi, des mesures sont prises pour assurer le bénéfice de l'assistance médicale à tous les malades y compris les femmes en couches dénuées de ressources; — 2° qu'elles ont des ressources suffisantes, de manière que, sans nuire au bon fonctionnement des autres services d'assistance, les malades privés de ressources reçoivent des secours aussi complets que si le règlement départemental était appliqué dans la commune; — 3° qu'elles peuvent assurer en cas de besoin l'hospitalisation dans un établissement convenable et bien outillé; — 4° qu'elles fourniront gratuitement aux

(1) Article 35.

malades et blessés qui ont droit à l'assistance les médicaments portés au tarif départemental et les appareils nécessaires et supporteront les frais de transport à l'hôpital; — 5° qu'elles devront inscrire au budget communal les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses: — 6° quelles prennent l'engagement de se conformer aux prescriptions de l'article 20 de la loi en ce qui concerne l'admission à l'assistance des malades étrangers à la commune.

Cette organisation spéciale ne peut être accordée aux départements. L'absence d'organisation départementale régulière porterait atteinte en effet au droit imprescriptible de chaque commune de rentrer dans la loi le jour où elle en reconnaîtrait l'avantage. Seul le département de Seine-et-Oise a une organisation spéciale tolérée (1).

*
* *

Entrons maintenant plus à fond dans le détail de l'organisation de l'assistance médicale et voyons comment est faite l'assistance médicale à domicile et l'assistance hospitalière.

1° Assistance médicale à domicile

BUREAU D'ASSISTANCE. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale. Il fonctionne à côté du bureau de bienfaisance quand il en existe un, le remplace quand il n'en existe pas. Il est formé (2) par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance ou par cette dernière seulement s'il n'existe pas d'hospice dans la commune. S'il n'y a ni

(1) L'administration, se conformant au désir émis par le conseil^s supérieur de l'Assistance publique, se montre très stricte pour ces autorisations d'organisation spéciale, et maintient l'application de l'article 35 dans des limites assez étroites. Les organisations spéciales sont donc bien une exception puisque, au mois de juin 1902, sur 36.192 communes, 296 seulement avaient obtenu l'autorisation d'avoir un service autonome, et qu'il n'y en avait que 60 qui sollicitaient cette autorisation. Ces chiffres sont inférieurs à celui des statistiques parce que certaines communes, sans avoir produit un dossier, avaient cependant manifesté leur intention de rester en dehors du service départemental et avaient bénéficié d'une tolérance de la part de l'administration.

(2) Article 10.

hospice, ni bureau de bienfaisance, la nomination du bureau d'assistance est faite comme l'indique la loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879, relative à la nomination des membres des commissions administratives des hospices, hôpitaux et bureaux de bienfaisance.

Les bureaux d'assistance peuvent accepter des dons et legs (1).

Le rôle essentiel du bureau d'assistance consiste à dresser la liste des gens qui remplissent les conditions exigées pour être secourus. Ces conditions sont résumées dans le texte de la loi sous l'intitulé *Du domicile de secours* (2), et sont d'ordre purement administratif.

L'assistance médicale incombe à la commune. Toutefois, les malheureux dépourvus de domicile de secours communal doivent être secourus aux frais du département (3), et leur admission est faite d'office par le préfet (4).

Comment est faite la liste des assistés?

LISTE D'ASSISTANCE. — *Confection de la liste* (5). — La Commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le Conseil municipal se réunissant pour sa première session ordinaire au mois de février, la liste doit donc être établie en décembre pour servir pendant un an à partir du premier janvier suivant.

Le médecin de l'assistance peut assister à la séance avec

(1) Article 11.

(2) Articles 6, 7, 8, 9.

(3) Articles 8, 20, 21.

(4) Article 23.

(5) Article 12.

voix consultative, et, si la Commission maintient sur la liste tel ou tel nom malgré son avis contraire, il peut refuser d'assurer le service, si aucun contrat ne le lie. Cette liste est présentée à sa signature.

Mais le Conseil municipal a tout pouvoir pour la formation des listes, et peut ne pas inscrire les noms qui lui sont proposés par le bureau d'assistance, dont le travail peut être ainsi rendu illusoire. En effet, la liste est arrêtée par le Conseil municipal qui délibère en comité secret; elle est déposée au secrétariat de la mairie et affichée 1.

La liste d'assistance médicale doit comprendre *nominativement* tous ceux qui sont admis au secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille (2).

Il arrivait souvent que, dans certaines communes, on n'inscrivait sur la liste que le père de famille. Il en résultait pour les médecins payés à l'abonnement par tête d'inscrit un préjudice notable contre lequel ils s'élevaient avec raison.

Enfin, les listes d'assistance sont contrôlées par le préfet, qui, si les formalités légales n'ont pas été remplies, défère les opérations au Conseil de préfecture (3).

Admissions d'urgence. — En cas d'*urgence*, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement un malade non inscrit sur la liste (4). En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte en comité secret au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Il n'est pas nécessaire d'être un indigent inscrit au bureau de bienfaisance pour bénéficier de la loi. Un ouvrier, subvenant à ses besoins par son travail en temps ordinaire, peut, tombant malade et n'ayant plus de ressources suffi-

(1) Article 14.

(2) Article 13.

(3) Article 15.

(4) Article 19.

santes, être inscrit sur la liste d'assistance. Toutefois il faut éviter les abus et faire ces admissions d'urgence avec la plus grande prudence.

D'après la loi, l'admission d'urgence n'est que l'exception. En principe, la liste doit comprendre tous les indigents sans exception ayant leur domicile de secours dans la commune; on ne doit pas attendre que les indigents tombent malades pour les porter sur la liste. Les médecins pourraient, en effet, souffrir de ces procédés : s'ils sont payés au tarif à l'abonnement annuel par tête d'inscrit, les communes peuvent être tentées d'inscrire sur leur liste le moins grand nombre d'indigents possible, et au contraire d'augmenter la liste en cas de forfait fait avec le médecin.

La liste d'ailleurs lie les parties; s'il est ajouté des noms d'urgence, le médecin doit faire payer les visites en supplément et se munir d'un bon de visite que lui délivrera le maire afin d'éviter des difficultés.

Réclamations. — Pendant un délai de 20 jours, à compter du dépôt de la liste, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune (1). Ces réclamations sont jugées en dernier ressort par une Commission cantonale (2). Avis de la décision de la Commission cantonale est donné au sous-préfet et au maire (3).

Le médecin peut donc, comme tout contribuable, réclamer l'inscription ou la radiation d'un indigent; mais il n'exerce ce droit que dans la commune où il a son domicile. S'il se produit des abus dans la composition de la liste d'assistance, il ne peut réclamer que dans la commune où il habite, et il ne jouit là que du privilège dont jouit tout autre citoyen; mais dans les autres communes, où il donne ses soins aux indigents, il lui est impossible de présenter les réclamations

(1) Article 16.

(2) Article 17.

(3) Article 18.

qu'il aurait à faire. C'est une lacune, le médecin est ainsi livré au bon plaisir des pouvoirs publics.

La loi de 1893 devrait donc être remaniée pour permettre au médecin de l'assistance de soumettre à la Commission cantonale la composition des listes qui l'intéressent. Le débat avec le représentant du Conseil municipal pourrait être contradictoire et la décision de la Commission cantonale, au lieu d'être rendue en dernier ressort, pourrait être déferée au Conseil de préfecture, puis au Conseil d'Etat.

DÉPENSES DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE.— Les *dépenses* du service d'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires (1).

Les *dépenses ordinaires* sont : 1° les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile; 2° les médicaments et appareils; 3° les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'Etat suivant les règles établies par la loi.

Les *dépenses extraordinaires* sont : frais d'agrandissement et de construction des hôpitaux.

L'Etat contribue à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

*
* *

Tels sont les rouages communaux; quels sont les rapports des médecins avec eux?

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — L'organisation du service médical repose sur un contrat à établir entre les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes d'une part, et les contribuables ou leurs-délégués d'autre part. Cette partie la plus délicate de la réglementation de l'assistance médicale gratuite avait été

(1) Article 26.

laissée par la loi à l'initiative des assemblées départementales. Elle devait être l'objet de négociations entre les intéressés et pouvait recevoir des solutions variables suivant les conditions différentes des régions.

Les médecins restent libres, en effet, d'accepter ou de refuser les conditions proposées par les départements et les communes. Presque partout les syndicats médicaux ont cherché et ont réussi à faire comprendre aux Conseils généraux qu'il ne leur fallait pas tabler sur les traditions de désintéressement dont la profession médicale s'honore pour lui laisser porter la plus lourde charge d'un fardeau que le système financier de la loi impose à l'ensemble des contribuables. Ils se déclaraient prêts toutefois à seconder les pouvoirs publics pour que la loi fût sérieusement appliquée et fonctionnât dans les conditions les meilleures et les plus profitables au bien des malades et à la dignité des médecins.

Le résultat de cette intervention a été de faire relever les tarifs en vigueur sous l'ancienne organisation de la médecine gratuite, et de faire adopter comme base de l'organisation du service médical dans un grand nombre de départements le libre choix du médecin par le malade et la rémunération proportionnelle aux services rendus, c'est-à-dire le tarif à la visite de préférence au tarif à l'abonnement qui est la négation des deux principes précédents.

MODES DE RECRUTEMENT DES MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — La désignation des médecins chargés d'assurer le service de l'assistance médicale gratuite se fait habituellement suivant deux systèmes différents.

Le premier est le *système par circonscriptions cantonales*. C'est celui qui a été préconisé par l'administration dans un règlement type officiel. D'après ce règlement, chaque département doit être divisé en circonscriptions ayant chacune un médecin. Ce médecin est nommé par le préfet pour trois ans. Il est pourvu d'un carnet à souche contenant des billets de visite et une feuille de maladie; il doit men-

tionner chaque visite sur la feuille de maladie. Le système de paiement est à la visite. Le prix des visites est majoré au delà d'une certaine distance; les visites de nuit sont payées le double de celles de jour. Une commission de vérification présidée par le préfet vérifie les mémoires des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Dans ce système on supprime la liberté du malade de choisir son médecin, puisqu'il n'y a qu'un seul médecin par circonscription, nommé par l'administration préfectorale à l'exclusion des autres médecins. Ceci suffirait pour le faire écarter par les médecins, qui ne cessent de réclamer qu'on laisse au malade l'initiative dans le choix de son médecin.

Mais en outre le médecin choisi devient un privilégié. Ces circonscriptions divisent le corps médical, établissent des classes. Les médecins ne sont plus égaux devant la loi, devant les pouvoirs publics, et ils sont la proie du favoritisme. Nommé et révocable selon le bon plaisir de l'administration, le médecin de circonscription n'a plus aucune garantie.

Aussi n'avons-nous pas à cacher nos préférences pour le deuxième système beaucoup moins exclusif, basé sur les principes de la liberté entière pour les malades et pour les médecins, et sur une équitable répartition des rémunérations selon les services rendus.

C'est le *système dit Vosgien*, qui ne diffère du précédent que par la suppression des circonscriptions cantonales. D'après lui, tous les médecins qui acceptent les conditions du règlement sont présentés au choix du malade, ce qui implique, en général, le paiement à la visite avec indemnité de déplacement.

Toutefois, cette liberté de l'indigent ne saurait être illimitée et on y apporte certaines restrictions pour ne pas donner lieu à des abus.

Ainsi on oblige l'assisté à choisir son médecin parmi ceux qui sont les plus rapprochés, en établissant un système de

circonscriptions qui est tout à fait différent de celui que nous venons de combattre. En effet, ce n'est plus un seul médecin qui a le monopole de soigner les indigents ; tous les médecins exerçant dans la circonscription peuvent être appelés au même titre par tous les indigents de la circonscription. On y ajoute généralement la clause suivante : c'est que, par la raison d'économie, la dépense à la charge du service est calculée sur la distance du domicile du médecin le plus rapproché de celui du malade, lorsque ce malade sans nécessité s'est adressé à un médecin plus éloigné. On n'impose pas ainsi au service une dépense supérieure à celle qu'occasionnerait le choix du médecin le plus rapproché.

D'autre part, pour que l'indigent n'ait pas la fantaisie coûteuse qui consisterait à appeler plusieurs médecins l'un après l'autre, pour pouvoir suivre à volonté l'ordonnance d'un d'entre eux, on lui impose en général de maintenir pendant un certain temps, pendant un an par exemple, le choix qu'il a fait. Il ne semble pas que l'on blesse ainsi la liberté du malade. Toutefois, si l'on pense qu'il y a quelque dureté à imposer le même médecin pendant une année entière, on peut autoriser, comme l'ont fait plusieurs départements, l'assisté à changer de médecin, en subordonnant ce changement à l'assentiment du président du bureau d'assistance et en stipulant qu'il n'aura pas lieu sans motifs graves au cours d'une maladie.

Enfin certaines communes ont reçu l'autorisation d'organiser elles-mêmes leur service médical et allouent ordinairement une certaine somme forfaitaire pour les honoraires médicaux. Il serait désirable que les médecins de ces communes s'entendissent entre eux pour exiger d'être rémunérés à la visite sans que l'un d'eux conservât le privilège d'être le médecin officiel de l'assistance médicale gratuite ; ou tout au moins la somme forfaitaire devrait-elle être répartie également entre tous les médecins de la commune de façon à donner à l'indigent la faculté de choisir librement son médecin.

En 1893, sur 49 règlements départementaux, 33 avaient

adopté le système par circonscriptions. 14 le libre choix du médecin par les assistés.

En 1895, sur 67 règlements adoptés, il n'y en avait plus que 24 avec circonscriptions, et 42 où les assistés avaient le libre choix de leur médecin.

À 1^{er} janvier 1903, sur 84 départements, 24 avaient encore conservé le système par circonscriptions (1), mais 59 laissaient aux assistés le libre choix de leur médecin (2). Un seul, l'Eure-et-Loir, pratiquait parallèlement les deux systèmes.

MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS.— De même que le mode de recrutement des médecins diffère selon les départements, de même diffère leur mode de rémunération. Tantôt, c'est une indemnité fixe et invariable par tête d'inscrit (*abonnement*), tantôt, le paiement à *la visite*. Il en résulte que, selon que la désignation des médecins est faite par circonscriptions ou est laissée au libre choix de l'assisté, selon que leur rémunération est faite par abonnement ou par paiement à la visite, les combinaisons varient, et il est difficile de les classer par catégories.

1^o *Paiement par abonnement*. — L'abonnement peut se faire de deux façons ; tantôt par l'allocation d'une somme fixe, uniforme pour tout le département ; tantôt par l'allocation d'une somme variable, ayant pour base l'importance du service, et évaluée soit d'après le chiffre de la population, soit d'après le nombre des inscriptions sur la liste d'assistance.

(1) Aisne, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Aude, Corrèze, Corse, Doubs, Drôme, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Rhône, Saône-et-Loire, Sarthe, Haute-Savoie, Somme.

(2) Ain, Allier, Ardèche, Ardennes, Aube, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Calvados, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Dordogne, Eure, Finistère, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Landes, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loire-Inférieure, Lot, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Morbihan, Nièvre, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Haute-Saône, Savoie, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne.

Système à rémunération fixe. — Le médecin reçoit une somme annuelle fixe, quel que soit le nombre des inscrits, quel que soit le nombre des malades soignés, et variant entre 200 et 1.200 francs.

Ce traitement annuel à forfait n'était appliqué en 1895 que dans 6 départements : Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardennes, Doubs, Haute-Garonne et Haute-Loire.

Dans les Deux-Sèvres il est réparti une somme de 25.000 fr. entre les médecins proportionnellement au nombre des habitants et au nombre des personnes inscrites sur les listes.

Dans la Haute-Garonne, pour déterminer le traitement du médecin on additionne le nombre d'hectares et d'habitants composant la circonscription et le dixième de ce total représente l'indemnité allouée au médecin.

Dans la Haute-Loire les honoraires sont de 1.000 francs par an, dans les Ardennes de 200 francs, dans les Hautes-Alpes de 100 à 700 francs plus une indemnité kilométrique de 10 francs pour 10 kilomètres.

Système à l'abonnement proprement dit. — Le montant de l'abonnement est ici fixé séparément pour chaque médecin d'après certains éléments d'appréciations dont les principaux sont le chiffre de la population et le nombre des inscrits.

Quelques exemples montreront les différents systèmes en usage ; car les conditions dans lesquelles ils sont établis varient à l'infini.

En ce qui concerne la rétribution annuelle d'après le nombre des assistés par tête d'inscrit, ici l'indemnité par tête d'inscrit augmente proportionnellement à la distance (Drôme, Meuse) ou se double d'une indemnité kilométrique (Cher, Basses-Pyrénées, Seine-et-Oise) ; là l'indemnité annuelle se calcule non par tête mais par famille d'inscrits. La Somme alloue 3 francs par famille quel que soit le nombre de ses membres pour une distance inférieure à 6 kilomètres et 5 francs par famille au-dessus de cette distance. Les Hautes-Pyrénées donnent 3 francs par assisté vivant seul et 5 à 8 francs par famille selon l'importance de celle-ci. Le

Tarn-et-Garonne et l'Eure-et-Loir, pour les communes qui ont préféré l'abonnement au paiement à la visite, limitent à un maximum de 2 francs la rémunération par tête d'inscrit.

En ce qui concerne la rétribution d'après le chiffre de la population, la Haute-Saône donne 0 fr. 15 par habitant, l'Ariège et la Corrèze 0 fr. 10.

Le paiement par abonnement est un système très simple et très avantageux pour les départements. Mais c'est celui qui soulève le plus d'objections de la part des syndicats médicaux qui le rejettent pour la plupart. En effet en attribuant aux médecins des appointements fixes, on ne se préoccupe pas des difficultés du service, des distances à parcourir, du nombre des visites, de la différence entre les visites de jour et les visites de nuit, de la nature et de la gravité des opérations.

Le médecin est condamné à marcher à toute heure du jour ou de la nuit sur la simple réquisition d'un malade; il est livré aux exigences tracassières des indigents et de leur famille; les maires de leur côté ne se gênent pas pour le réprimander ou pour le blâmer. Aussi dans les départements où ce système est appliqué, le recrutement des médecins se fait-il difficilement; ces fonctions sont peu recherchées et ne sont acceptées que par les débutants qui s'en démettent dès qu'ils peuvent.

2° Paiement à la visite. — C'est le mode de rémunération le plus juste; c'est celui qui sert le mieux les intérêts des médecins; c'est enfin celui que les médecins doivent exiger parce qu'il est le plus logique, parce qu'il proportionne exactement la rémunération donnée au travail fourni.

Il tend à se substituer de plus en plus au tarif à l'abonnement et est appliqué actuellement dans près des deux tiers de la France. Les départements qui ne l'ont pas encore adopté sont hantés surtout par la crainte suivante : c'est que la rémunération à la visite ne donne lieu à une augmentation du chiffre des dépenses, due à ce que les médecins ne soient entraînés à multiplier les visites plus que de raison. Cette

crainte est chimérique, si l'on considère que chacune des visites d'indigents constitue un réel sacrifice pour le médecin, puisqu'elles ne lui sont payées que selon un tarif réduit. En outre, les commissions de vérification, qui fonctionnent dans la plupart des départements, peuvent mettre bon ordre aux abus qui peuvent se produire.

Le paiement à la visite, de même que le paiement à l'abonnement, varie infiniment suivant que l'on passe d'un département à un autre. Il comporte d'ailleurs plusieurs éléments d'appréciation dont la taxation est éminemment variable.

La visite médicale peut se borner à une simple consultation au cabinet du médecin ; elle peut se faire dans la commune de la résidence du médecin ou exiger un déplacement ; elle peut être faite au cours d'une tournée habituelle ; elle peut avoir un caractère d'urgence qui oblige le praticien à un dérangement immédiat ; elle peut se compliquer de pansements ou d'opérations. Ces diverses modalités de la visite médicale ont fait l'objet de tarifs spéciaux ou de clauses spéciales des règlements pour la consultation, la visite de jour, la visite de nuit, l'indemnité de déplacement, les opérations, les accouchements.

La *consultation* au cabinet du médecin est gratuite dans un certain nombre de départements (1) ; on ne saurait trop protester contre cette clause des règlements, qui est absolument inique : le médecin ne donne-t-il pas son temps et sa peine dans les consultations qu'il donne, aussi bien que dans les visites qu'il fait ? Le prix de la consultation dans la plupart des autres départements est habituellement d'un franc ; il descend souvent à 75 centimes (2) et même 50 centimes (3), sauf dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var où il s'élève respectivement à 1 fr. 50 et à 1 fr. 25.

La *visite de jour* est fixée à 1 franc dans le plus grand

(1) Cantal, Côtes-du-Nord, Lot, Maine-et-Loire, Manche, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Vienne, Haute-Vienne.

(2) Dordogne.

(3) Allier, Basses-Alpes, Eure-et-Loir, Finistère, Loire-Inférieure, Lozère, Orne, Vaucluse.

nombre des départements. Le prix de la visite sans déplacement est de 1 franc dans 43 départements, de 1 fr. 50 dans 8 (1), de 1 fr. 25 (2), 0 fr. 75 (3), 0 fr. 60 (4), et 0 fr. 50 (5) dans quelques autres.

La *visite de nuit* est généralement comptée double. Dans quelques départements (6) le prix de cette visite est triple.

L'*indemnité kilométrique de déplacement* est également très variable. Il est à observer qu'elle est prévue dans quelques-uns des règlements qui emploient le système à l'abonnement. Mais elle est plutôt le corollaire du paiement à la visite. Dans 25 départements elle est de 0 fr. 50 par kilomètre parcouru à l'aller seulement; dans d'autres, elle est de 0 fr. 20 (7), 0 fr. 25 (8), 0 fr. 40 (9), 0 fr. 60 (10), 0 fr. 70 (11), 0 fr. 75 (12), 0 fr. 80 (13), 1 franc (14). Dans certains départements, l'indemnité se compte à l'aller et au retour; dans d'autres, à l'aller seulement; ou bien elle n'est payée qu'à partir du deuxième, du troisième et même du quatrième kilomètre; ici, elle correspond à la distance parcourue réelle; là, elle est calculée de commune à commune. Il en est où l'indemnité kilométrique est diminuée passé une certaine distance: ainsi le Lot paie 0 fr. 50 le kilomètre jusqu'à 5 kilomètres, et 0 fr. 25 au delà; la Manche, 1 franc le kilomètre pour les 4 premiers kilomètres et 0 fr. 50 au delà. Il en est d'autres où l'on ne paie l'indemnité qu'une fois, lorsque au cours d'un même déplacement le médecin fait plusieurs visites dans la même commune.

(1) Bouches-du-Rhône, Eure, Landes, Loire, Rhône, Savoie, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne.

(2) Var.

(3) Haute-Garonne, Vosges.

(4) Ille-et-Vilaine.

(5) Hérault.

(6) Haute-Marne, Nièvre, Var.

(7) Eure.

(8) Bouches-du-Rhône, Corse, Côte-d'Or, Loiret.

(9) Eure-et-Loir, Ille-et-Vilaine, Savoie.

(10) Aveyron, Haute-Marne, Haute-Savoie.

(11) Nièvre, Var.

(12) Allier, Basses-Alpes, Cantal, Indre, Jura, Vosges.

(13) Finistère.

(14) Côtes-du-Nord, Gard, Loire, Lozère, Manche, Rhône.

Dans un certain nombre de départements, il y a un cercle d'un certain rayon autour de la résidence du médecin, variant entre 1 et 4 kilomètres, dans lequel il n'est pas accordé d'indemnité kilométrique. Nous examinerons au tarif des accidents du travail combien ce mode de rémunération est injuste.

Comme on le voit, d'après toutes ces différences de tarifs, il est difficile d'établir une comparaison entre les divers départements au point de vue de la rémunération des médecins (1).

En résumé, au 1^{er} janvier 1903, les médecins étaient *payés à la visite* dans 53 départements (2). Ce nombre était de 57 en 1895, de 49 en 1896, de 58 en 1900.

A la même date, les médecins étaient *payés par abonnement* dans 27 départements (3). Ce nombre était de 29 en 1895, de 28 en 1896, de 22 en 1900.

Les deux modes de rémunération à la visite et par abonnement sont admis dans 4 départements (4). Ces départements étaient au nombre de 9 en 1896, et de 4 en 1900.

D'une façon générale, le taux des honoraires a une tendance à augmenter. Il n'existe plus de département où les visites soient gratuites. L'Hérault en 1895 fut le dernier département où la gratuité fut supprimée.

(1) Nous avons puisé les renseignements précédents dans les documents officiels suivants : H. Monod, L'assistance médicale obligatoire en France. Applications de la loi : années 1895, 1896. — Mirman, Rapport au Ministre de l'intérieur sur l'exécution de la loi pendant les années 1900, 1901 et 1902 (1906).

(2) Ain, Allier, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Ardennes, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Calvados, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Côte-d'Or, Côte-du-Nord, Creuse, Dordogne, Drôme, Eure, Finistère, Gard, Gers, Gironde, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Landes, Loir-et-Cher, Loire, Haute-Loire, Loire-Inférieure, Loiret, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Nièvre, Orne, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Seine-Inférieure, Tarn, Var, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne.

(3) Aisne, Ariège, Aube, Aude, Cher, Corrèze, Corse, Doubs, Haute-Garonne, Hérault, Ile-et-Vilaine, Isère, Lot, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Pas-de-Calais, Basses-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Haute-Saône, Sarthe, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Somme, Tarn-et-Garonne.

(4) Eure-et-Loir (paiement à la visite pour les médecins choisis par l'assisté, paiement à l'abonnement pour les médecins nommés par le préfet). — Nord (le mode de rémunération est fixé par le préfet sur la proposition du bureau d'assistance). — Oise (le mode de rémunération est déterminé par le conseil municipal). — Hautes-Pyrénées (le mode de rémunération est adopté par le conseil municipal, sauf approbation par le préfet dans le cas de traité à forfait).

3^e *Tarification des opérations chirurgicales.* — La tarification des opérations chirurgicales a été abordée assez tardivement par les Conseils généraux. Mais la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail les a contraints à s'en préoccuper, l'article 4 de cette loi disposant que, dans le cas où la victime de l'accident a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

La circulaire du 26 mars 1900 appela l'attention des Conseils généraux sur l'importance qu'il y avait à dresser dans les règlements départementaux des tarifs précis et détaillés pour les opérations chirurgicales. Cet appel fut entendu et la plupart des départements ont adopté des tarifs spéciaux pour les opérations chirurgicales. Il est à remarquer que ces tarifs ne s'appliqueront plus qu'aux malades du service de l'assistance médicale, la loi du 31 mars 1905 ayant prévu un tarif propre pour les victimes d'accidents du travail.

4^e *Tarif des accouchements.* — En général, ce sont les sages-femmes qui sont chargées du service des accouchements. On peut considérer pourtant, à ce point de vue, différents systèmes.

D'après un premier système, les sages-femmes sont chargées du service des accouchements et ce n'est qu'à leur défaut ou sur leur demande que le médecin peut être appelé. La femme privée de ressources ne doit pas être placée, en effet, logiquement, dans une situation supérieure, pour les soins médicaux, à celle des personnes peu aisées qui, bien que libres de choisir entre le médecin et la sage-femme, font porter leur choix sur cette dernière par raison d'économie.

D'autres règlements laissent le choix entre le médecin et la sage-femme.

Dans une dernière catégorie, enfin, rentrent les systèmes

où le médecin est chargé par principe des accouchements avec la faculté de se faire suppléer par une sage-femme de son choix.

Les sages-femmes sont généralement appelées toutes sans distinction à faire partie du service d'assistance médicale gratuite.

Le tarif des accouchements doit varier selon que l'accouchement est pratiqué dans le lieu de résidence de la sage-femme ou dans une commune plus ou moins éloignée. Mais un certain nombre de règlements sont muets sur la question de l'indemnité kilométrique à allouer aux sages-femmes, sans qu'on puisse toujours en conclure que l'indemnité n'est pas accordée. Là où elle est allouée, elle égale généralement celle qui est attribuée aux médecins pour leurs visites.

Le tarif moyen de l'accouchement simple dans la commune de résidence de la sage-femme oscille entre 10 francs, prix adopté dans 28 départements, et 5 francs, prix adopté dans 26 départements; 3 départements (1) paient 15 francs; 2 paient 8 francs; 3 paient 7 francs; 10 paient 6 francs; 1 (2) paie 3 francs.

5° *Fournitures pharmaceutiques. Rémunération des pharmaciens.* — Les pharmaciens sont généralement appelés sans distinction à faire partie du service d'assistance médicale gratuite. Leur rémunération est fixée presque partout d'après des tarifs détaillés, qui présentent des différences considérables aussi bien dans leur composition que dans le prix des médicaments usuels.

Dans presque tous les départements on a établi des nomenclatures contenant environ un millier de produits et de médicaments. Ceux qui ne sont pas compris dans ce tarif ne sont pas payés au pharmacien si celui-ci les délivre quand même.

Ce sont en particulier : 1° les eaux minérales naturelles et artificielles; 2° les spécialités pharmaceutiques; 3° le miel

(1) Gironde, Landes, Rhône.

(2) Basses-Pyrénées.

et les sirops édulcorants; 4° les sirops d'agrément (excepté dans les potions); 5° les eaux distillées de menthe, fleurs d'oranger; 6° les eaux de toilette (Cologne, Botot); 7° les pâtes de guimauve, de jujube, etc.; 8° les pastilles non portées au tarif; 9° les vins médicaux non portés au tarif; 10° la manne à levure; 11° le quinquina rouge; 12° l'huile de foie de morue blanche; 13° le racahout, le tapioca, les féculs alimentaires; 14° le thé, le chocolat; 15° le sucre candi, vanillé, etc.; 16° l'eau de sedlitz, les limonades purgatives.

Ces tarifs pharmaceutiques sont établis pour protéger les finances des communes. Il peut y avoir en effet abus dans les dépenses pharmaceutiques par la faute de certains médecins qui prescrivent des remèdes trop coûteux, et pour éviter cet abus on n'a pas trouvé mieux que d'interdire aux assistés le droit à certains médicaments considérés comme trop chers et qui d'ailleurs peuvent être remplacés par des produits équivalents.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX DU FONCTIONNEMENT DE LA LOI. — L'organisation de l'assistance médicale a fini par se faire dans des conditions satisfaisantes pour le médecin dans bon nombre de départements grâce à l'intervention active des syndicats médicaux. Dans d'autres, il est vrai, ils ont eu à lutter contre la parcimonie des Conseils généraux et n'ont pu obtenir satisfaction. Mais toutefois, presque partout, l'administration a bien accueilli leurs démarches, et en général elle a vu plutôt en eux des collaborateurs que des adversaires.

Certains abus qui se sont produits au détriment des médecins méritent d'être signalés.

Certains départements, par exemple, se sont permis de *réduire d'office les honoraires* quand les dépenses dépassaient les crédits prévus. Ce n'étaient que des expédients servant aux Conseils généraux pour masquer l'insuffisance manifeste des crédits affectés au service d'assistance. A la fin de l'exercice, les médecins et pharmaciens, dans le cas

où leurs notes dépassaient le crédit inscrit au budget, consentaient à subir une réduction pour ramener leurs dépenses dans les limites du crédit. En adhérant à cette condition, ils ne se rendaient pas compte des conséquences. En effet, un médecin consciencieux supportait la même perte qu'un autre peu scrupuleux ayant grossi son mémoire et multiplié mal à propos les visites. Il est vrai malheureusement que quelques médecins produisirent des mémoires réellement monstrueux. D'autre part, ces réductions étaient arbitraires et illégales. Si les médecins pouvaient les tolérer au début, à la période de tâtonnement de la loi, il ne saurait en être de même aujourd'hui, les Conseils généraux ayant eu tout le temps nécessaire depuis la mise en vigueur de la loi pour se rendre compte en douze ans des frais nécessités par le service médical, et devant en conséquence voter les crédits suffisants.

Bien souvent aussi les médecins sont obligés de protester contre l'*abus des inscriptions d'urgence* faites par un certain nombre de maires dans les communes où fonctionne le système à l'abonnement. La façon d'agir de ces maires est contraire à la loi; mais comment les médecins peuvent-ils se défendre, puisqu'ils n'ont pas le droit de réclamer hors la commune où ils habitent?

Enfin, dans de trop nombreux départements encore, subsiste le tarif à l'abonnement. Les médecins doivent poursuivre l'application du système à la visite avec, pour l'indigent, le libre choix du médecin.

Toutes ces revendications, les médecins peuvent les soutenir avec chance de succès en s'appuyant sur leurs syndicats. Partout, en effet, où les syndicats se sont dressés énergiquement devant les Conseils généraux, ceux-ci ont été obligés de reconnaître le bien-fondé de leurs réclamations, et y ont fait droit.

*
* *

Nous avons cru bon de joindre à ces indications un tableau statistique indiquant dans quelles conditions fonctionne la loi d'assistance médicale gratuite.

TABEAU STATISTIQUE DU FONCTIONNEMENT DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE ⁽¹⁾
de 1895 à 1902

	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
Nombre de communes								
des services départementaux.	25,666	32,266	33,048	33,824	34,067	33,867	33,944	34,161
— communaux	646	618	594	571	571	559	549	529
Nombre d'inscrits								
Nombre d'inscrits des serv. départ...	1,289,864	1,461,246	1,425,127	1,396,216	1,421,535	1,389,627	1,388,316	1,397,702
commun.	335,256	407,855	445,166	454,302	478,685	462,249	502,273	491,081
Inscrits d'urgence	7,091	11,257	19,274	25,921	24,990	30,107	34,289	42,559
commun.	18,032	32,411	22,227	35,580	38,419	40,188	46,079	49,201
Inscrits par le préfet	1,239	1,415	1,565	1,542	1,491	1,658	1,754	1,507
commun.	29	238	13	8	23	11	36	39
TOTAL DES INSCRITS	1,295,390	1,473,562	1,445,966	1,423,679	1,448,016	1,421,392	1,424,359	1,441,768
Proportion pour 100 hts.	6,2	5,6	5,4	5,1	5,1	5,08	5,2	5,2
Nombre d'assistés								
soignés à domicile..	346,879	419,991	451,071	488,474	498,033	505,581	535,832	554,222
commun.	193,797	168,137	180,538	212,232	236,386	224,258	230,872	209,353
soignés à l'hôpital..	12,995	19,050	19,153	21,875	24,053	24,025	25,605	28,042
commun.	61,200	64,764	71,800	71,467	76,891	80,488	68,934	68,534
TOTAL.....	359,874	438,141	470,224	510,349	522,086	529,606	561,437	582,264
commun.	254,997	232,901	252,338	283,699	313,277	304,746	299,806	277,887
Proportion pour cent des								
malades soignés à l'hôpital à celui des assistés	3,7	4,3	4,1	4,3	4,6	4,5	4,5	4,8

Proportion des soignés aux inscrits.....	départ...	1 p. 3, 6	1 p. 3, 3	1 p. 3, 6	1 p. 2, 7	1 p. 2, 7	1 p. 2, 68	1 p. 2, 53	1 p. 2, 47
Assistance à domicile									
Honoraires des médecins —	départ...	1.730.680	2.315.538	2.510.441	2.663.755	2.819.447	3.007.347	3.062.189	3.158.737
— commun.		688.940	467.741	498.005	580.984	631.337	631.388	641.703	685.546
— sages-femmes —	départ...	163.620	194.436	206.248	224.340	230.718	239.975	259.303	258.221
— commun.		76.848	106.667	114.608	135.959	147.723	147.364	159.565	156.922
Dépenses des médicam. —	départ...	1.528.520	2.116.656	2.358.692	2.758.843	2.961.523	3.324.103	3.378.522	3.613.090
— commun.		729.575	866.518	969.440	1.197.814	1.205.054	1.282.165	1.272.158	1.319.575
DÉPENSES TOTALES.....	départ...	3.422.821	4.626.631	5.075.381	5.646.939	6.011.689	6.571.425	6.700.015	7.030.049
— commun.		1.495.364	1.440.927	1.582.054	1.914.758	1.984.115	2.060.917	2.073.426	2.171.043
Coût moyen du traite- ment à domicile.....	départ...	9 ^f 86	11 ^f 03	11 ^f 25	11 ^f 56	12 ^f 07	12 ^f 99	12 ^f 50	12 ^f 68
Hospitalisation									
Nombre d'hôpitaux....	départ...	»	»	»	»	»	1.187	1.200	1.204
Dépenses d'hospitalisation —	départ...	937.674	1.465.702	1.685.883	1.868.233	2.001.447	2.071.521	2.229.744	2.483.304
— commun.		3.711.160	4.206.167	4.260.530	4.960.791	5.077.471	5.067.522	4.657.864	4.711.362
Prix moyen de la journée d'hôpital.....	départ...	»	»	»	»	»	1 ^f 57	1 ^f 58	1 ^f 57
Prix extrêmes.....	départ...	»	»	»	»	»	0 ^f 60 à 3 ^f 16	0 ^f 60 à 3 ^f 16	0 ^f 60 à 3 ^f 16
Dépenses totales									
—	départ...	4.615.407	6.414.071	7.159.805	8.026.261	8.524.442	9.181.119	9.459.717	10.028.280
— commun.		5.626.673	6.317.966	6.563.168	7.679.386	7.864.999	7.982.417	7.599.835	7.798.631

(1) D'après le rapport de M. Mirman (1906) au ministre de l'intérieur sur l'exécution de la loi pendant les années 1900, 1901 et 1902.

2^o Assistance médicale hospitalière

L'assistance médicale par les hôpitaux est instituée de temps immémorial. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, elle ne fut organisée légalement dans toute la France que par la loi du 7 août 1851. Celle-ci se bornait à mettre à la charge de l'hôpital l'assistance donnée à tout individu pauvre tombé malade dans la commune où était situé l'établissement hospitalier. L'assistance n'était pas obligatoire pour les indigents des communes voisines.

La loi de 1893 rattache au contraire chaque commune pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins (1). Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital, qui est contre-signé par le président du bureau d'assistance. Il n'y a que les malades atteints d'affections particulières ou qui ont besoin d'une opération chirurgicale impossible à faire à domicile qui doivent être hospitalisés.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas d'actes de fondation et de conventions particulières, ou qui ne sont pas nécessaires au service des vieillards, incurables, militaires, enfants assistés, maternités, sont affectés au service de l'assistance médicale (2).

Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux est à la charge des communes, du département et de l'Etat (3). Ce prix de la journée d'hospitalisation est en moyenne de 1 fr. 60.

Médecins des hôpitaux. — Il faut distinguer parmi eux deux catégories. Les médecins des hôpitaux de Paris et des grandes villes sont nommés au concours; mais ils ne sont presque pas rétribués; il est vrai que c'est une situation recherchée parce qu'elle est suffisamment honorifique pour attirer à ses titulaires une riche clientèle.

(1) Article 3.

(2) Article 24.

(3) Article 25.

Les médecins des petits hôpitaux de province ne sont pas dans les mêmes conditions. Leur rémunération est également très faible, mais n'est pas compensée par l'avantage honorifique qu'en retire le médecin des hôpitaux de grandes villes.

Les hôpitaux de province sont régis par des *Commissions administratives*, composées de 6 membres, non compris le maire président. Si le maire est médecin de l'hôpital, cette fonction est incompatible avec celle de président de la commission.

Les médecins d'hôpitaux de province ont souvent des difficultés avec les commissions administratives qui peuvent révoquer à leur guise, sans motiver leurs décisions, un médecin qui ne leur convient pas, pourvu que cette révocation soit approuvée par le préfet.

Elles sortent quelquefois de leurs attributions, témoin le cas suivant. En 1901, à Moulins, un médecin de la localité amène à l'hôpital civil et militaire un blessé très gravement atteint, qu'il jugeait ne pouvoir être sauvé que par l'amputation immédiate d'urgence d'un membre. Les chirurgiens de l'établissement étant absents, ce médecin croit pouvoir dans cette occurrence, opérer lui-même, l'intérêt du blessé passant naturellement à ses yeux avant toute autre considération. Or, que fit la commission des hospices ? elle communiqua la note suivante aux journaux : « A la suite des incidents très regrettables qui se sont produits à l'hôpital civil et militaire à propos de l'amputation de M. X..., et afin d'éviter à l'avenir qu'une opération chirurgicale puisse être de nouveau pratiquée par un médecin étranger à l'établissement, en se servant du prétexte d'urgence, soit à tort, soit de mauvaise foi, la commission décide qu'aucune intervention ne pourra avoir lieu dans les hospices de Moulins, si ce n'est exclusivement par les soins des praticiens civils et militaires attachés à ces établissements hospitaliers. La présente délibération sera communiquée aux journaux de Moulins. »

Cette communication, dont les termes, on en conviendra, étaient assez peu mesurés, valut à la commission des hospices une protestation ferme et digne des médecins de Moulins.



En ce qui concerne l'administration hospitalière, les médecins ont encore une plainte très sérieuse à formuler : nous voulons parler de l'abus de l'hospitalisation des malades non indigents.

Abus de l'hospitalisation des malades non indigents. — Les hôpitaux ont été créés uniquement pour les indigents. La loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux et celle du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ne permettent pas le moindre doute à cet égard. Or que se passe-t-il à Paris et dans les grandes villes ? On admet dans les hôpitaux des malades aisés moyennant un prix journalier assez faible. Ce n'est là qu'une tolérance administrative, mais cette tolérance dégénère souvent en abus ; nous en avons des exemples fréquents.

De plus, les administrations hospitalières, confiantes dans le désintéressement quelque peu naïf des médecins, ont fixé les bases des rétributions à faire payer par les malades non indigents sans tenir compte de la rémunération supplémentaire à laquelle le médecin a droit. Le médecin par solidarité a assumé la charge de donner ses soins aux pauvres et il ne prélève qu'un salaire de beaucoup inférieur à la valeur du travail qu'il fournit. Mais il n'est pas tenu à la même charge envers les personnes aisées et solvables qu'il plaît aux administrations hospitalières de recueillir.

Celles-ci ont tout bénéfice à recevoir des malades payants ; elles n'ont pas de frais de médecin supplémentaires, et les autres dépenses nécessitées par l'entretien du malade rentrent dans les frais généraux, sans les augmenter sensiblement.

Ces malades paient donc les frais de toute nature qui sont

utiles pour leur traitement; il n'y a que celui qui dirige ce traitement et en assume la responsabilité, c'est-à-dire le médecin, qui n'est pas payé.

Tant que l'admission des malades payants n'était que l'exception, les médecins n'ont formulé que de timides réclamations. Mais, depuis 1898, l'application de la loi sur les accidents du travail a créé un véritable abus, et la tolérance dont on usait pour l'admission des malades payants est passée à l'état de droit. Les patrons font une grande économie en faisant soigner leurs ouvriers à l'hôpital plutôt qu'à domicile, et les administrations hospitalières acceptent d'autant plus volontiers ces blessés, qu'elles sont sûres d'être payées par le patron, et qu'elles n'ont pas de rémunération supplémentaire à verser au médecin. Et cette combinaison satisfaisante pour les deux parties se fait sur le dos d'un tiers dont on ne se préoccupe pas : le médecin.

Ce n'est pas seulement pour les accidentés du travail qu'il y a abus d'hospitalisation, mais c'est aussi et surtout pour les malades aisés.

M. le Dr Thiéry, dans un remarquable rapport (1), signale quelques faits personnels typiques.

Un négociant de Philippeville amène tous les jours en voiture sa fille à l'hôpital pour y dérober les soins que nécessite une coxalgie.

Un jockey, qui de son aveu même gagne 25.000 francs par an, vient consulter pour une entorse.

Un caissier d'une grande maison de commerce dont les émoluments dépassent 20.000 francs s'étonne qu'à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu on ne le fasse pas passer le premier.

La femme d'un colonel bulgare, envoyée à Paris par son mari pour se faire opérer dans une maison de santé, trouve très naturel de dépenser dans les magasins la somme réservée aux honoraires, se fait laparotomiser par le Dr Thiéry,

(1) THIÉRY, Sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris. Congrès de méd. prof. et de déont., 1900.

et disparaît sans avoir versé à l'assistance publique la somme qui représentait les frais de séjour.

Une jeune femme venue de Russie pour se faire opérer à l'hôpital va achever de rétablir sa santé en Italie avant de retourner se fixer en Russie.

Un grand expéditeur de fruits et primeurs amène sa femme à Paris, trouve moyen de la faire opérer à l'Hôtel-Dieu, et rentré chez lui déclare à qui veut l'entendre que les malades devraient toujours se faire soigner à l'hôpital où les soins sont excellents et pas chers.

Les sans-gêne des personnes riches, qui viennent consulter à l'hôpital, frise parfois l'inconscience. Témoin l'aventure arrivée à M. le Dr Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, en 1898. Deux dames riches auxquelles il avait refusé ses soins gratuits portèrent plainte contre lui. Le Dr Variot expliqua les faits dans une lettre adressée au directeur de l'assistance publique, M. Napias; quelle ne fut pas sa surprise de recevoir en réponse une lettre de blâme, parce que, sans autorisation, il faisait verser par les personnes non indigentes venant à la consultation une petite somme employée à donner des friandises aux petits convalescents du service.

Citons encore d'autres cas rapportés par M. Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon (1).

Un propriétaire de l'Isère, porteur d'une hernie étranglée, est opéré au milieu de la nuit par un chirurgien de garde. Il s'était fait accompagner par son médecin chargé de lui faire des piqûres de morphine et de passer à Lyon 24 heures (moyennant finances, bien entendu) pour rassurer son client. Le malade à sa sortie de l'hôpital refusa de solder les honoraires que lui réclamait le chirurgien qui l'avait opéré, alléguant qu'il ne devait rien du tout. C'était évidemment son droit strict.

Un officier démissionnaire demande que sa femme vienne accoucher à l'hôpital. Devant la raison invoquée par le chef de service que ce sont seulement les indigents que l'on hos-

(1) *Lyon médical*, 24 septembre 1905.

pitalise, il déclare qu'il ne demande qu'à payer, et fait comprendre qu'il serait bien naïf de dépenser son argent et de bouleverser sa vie et sa maison pour que sa femme accouche en ville dans des conditions moins bonnes et plus onéreuses que celles qui lui sont offertes à l'hôpital.

Dans une autre maternité, accouche une dame d'une condition très aisée venue d'une ville voisine. Elle avait payé; pour un premier accouchement difficile, 800 francs. Sa situation de fortune n'avait pas changé; mais elle craignait pour sa deuxième grossesse des complications et désirait être accouchée par un spécialiste. L'opération lui coûta cette fois 37 fr. 50, plus une somme de 50 francs qu'elle offrit gracieusement pour l'amélioration du service.

Les gens riches ne se font donc aucun scrupule de venir se faire soigner à l'hôpital. Ils y trouvent à frais insignifiants un local plus confortable que dans les maisons de santé payantes auxquelles ils devraient s'adresser. Ils seraient bien naïfs, déclarent-ils tranquillement, de faire un sacrifice d'argent, quand ils sont sûrs de trouver à l'hôpital les soins des grands maîtres dans des conditions meilleures et moins onéreuses qu'en ville, quand ils peuvent y consulter pour rien un grand médecin dont la réputation est connue. Ils préfèrent aussi se faire opérer à l'hôpital plutôt qu'en ville, parce qu'ils savent que les chirurgiens y opèrent dans toutes les conditions de confortable et de luxe, grâce aux dépenses faites largement par l'Assistance publique.

Toutes ces raisons leur semblent si convaincantes qu'ils perdent toute pudeur. Il leur paraît tout naturel de venir à l'hôpital, à Paris, où l'on ignore leur personnalité, quand ils auraient rougi de se faire admettre aux mêmes conditions à l'hôpital d'une petite ville.

Il n'y a pas que les intérêts professionnels des médecins qui souffrent de cette situation. Elle pèse lourdement aussi sur les véritables indigents. Les services hospitaliers sont encombrés; les pauvres y trouvent leur place mesurée. On refuse tous les jours à la porte des hôpitaux de nombreux

malades, faute de lits, et la plupart sont des indigents véritables pour lesquels l'hôpital a été créé, mais qui doivent attendre pour les causes que nous venons de signaler.

Pourquoi l'Assistance publique ne réprime-t-elle pas ces abus ? M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, dans un plaidoyer *pro domo*, déclare qu'on exagère le mal (1)

« On s'est ému, dit-il, à juste titre de l'accession de malades payants aux hôpitaux de Paris ; ces hôpitaux doivent être, et ils le sont en réalité, exclusivement réservés aux malades pauvres. Sur ce principe, aucun désaccord, aucune équivoque ne peuvent exister...

« On ne prendrait pas vingt sous destinés aux malheureux. Pourquoi leur voler des soins qui n'appartiennent qu'à eux ?

« La maladie, les traitements inefficaces, l'affolement de guérir atrophient le sens moral des malades, et, pour approcher de l'un de nos grands médecins des hôpitaux, pour être opérés par l'un de nos chirurgiens célèbres, ils remuent ciel et terre, sollicitent, emploient mille détours et conquièrent enfin ce triste lit d'hôpital. La joie de ne pas payer est déjà un adoucissement à leur mal.

« Il y a partout dans la population une sorte d'amoralité latente en ce qui touche les intérêts de la collectivité. Tromper la douane, frauder l'octroi, se dérober aux exigences du fisc, obtenir gratuitement ce qui doit se payer, n'inquiète pas la probité de beaucoup de gens. On devrait y regarder d'un peu plus près lorsqu'il s'agit des hôpitaux ; on ne lèse pas seulement les finances publiques, mais, en occupant la place d'un malheureux, on lui prend sa santé et quelquefois sa vie.

« L'administration qui tolérerait ces larcins ne serait pas seulement répréhensible ; elle serait criminelle, et je puis rassurer l'opinion publique, en affirmant que l'administration de l'Assistance publique ne se prête jamais à cet abus. On ne saurait soutenir que parmi les 200.000 malades qui passent annuellement dans les hôpitaux de Paris, il ne se

(1) *Matin*, 1^{er} juillet 1906.

glisse parfois des malades qui auraient pu se faire soigner chez eux et payer leur médecin; mais presque toujours on les découvre et on leur applique la seule sanction possible à ce moment, puisqu'ils sont couchés, soignés et qu'on ne pourrait sans danger pour eux les expulser : on les fait payer...

« Dans quelle mesure ces malades payants occupent-ils nos services ? La statistique va nous répondre. En 1905, les admissions ont été dans les hôpitaux de 191.405 malades :

Indigents de Paris et de la Seine	182.496
Accidentés du travail	2.815
Malades payants.	6.094
	191.405

« Les malades payants représentent 3,18 % des admissions ; mais, si on déduit de ce chiffre ceux que nous venons d'énumérer (ouvriers victimes d'accidents du travail, habitants de province et étrangers tombant malades à Paris, personnes amenées à la suite d'accidents sur la voie publique, celles qui se présentent aux consultations et dont l'affection nécessite des soins immédiats) et tous ceux que nous faisons payer dès qu'ils ont un loyer supérieur à 500 francs, comme les petits employés, les petits commerçants et les ouvriers aisés qui ne pourraient pas supporter les frais d'une longue maladie dans un logement insuffisant ou les frais d'une opération coûteuse, il reste bien peu de place dans cette statistique pour les voleurs des pauvres.

« Les faits ne justifient pas les doléances de la profession médicale de Paris ; c'est à d'autres causes qu'il faut attribuer les maux dont elle souffre, et, pour si peu que les hôpitaux lui portent préjudice, elle peut, pour une grande part, faire son *mea culpa*, ainsi que l'a établi magistralement M. le docteur Lermoyez dans ses articles de la *Presse médicale* de mai 1903 ; en effet, les malades admis en violation des règlements, à l'insu et contre la volonté de l'administration, le sont, pour la plupart, par les médecins chefs de

service, qui ne peuvent résister à la recommandation d'un ancien élève, d'un ami qui demande au « cher maître, » au « spécialiste éminent » d'admettre et de soigner, d'opérer ou de consulter à l'hôpital tel ou tel de leur client dont le cas médical échappe à leur compétence.

« Pour nous permettre de chasser les faux pauvres de l'hôpital, il ne faut pas les y envoyer. Que MM. les médecins commencent. »

La voix autorisée du directeur de l'Assistance publique reconnaît néanmoins le bien fondé des récriminations. Mais il déplace les responsabilités ; il veut faire retomber la faute de ces abus sur les médecins eux-mêmes. Nous ne nierons pas que certains chefs de service accordent trop librement l'entrée de leurs salles à des malades notoirement non indigents, et que, d'autre part, certains médecins traitants ne savent pas résister aux sollicitations qui leur sont faites par des malades aisés, et adressent ceux-ci à l'hôpital avec une lettre de recommandation ; mais il faut aussi reconnaître que le contrôle d'admission organisé par l'administration n'est pas aussi sérieux qu'il le faudrait. Chaque jour de nombreux malades, parfaitement en mesure d'honorer convenablement un chirurgien, se présentent dans les hôpitaux et y sont acceptés comme indigents, parce que l'administration, quoique animée de fort bonnes intentions, se trouve désarmée vis-à-vis d'eux, faute de pouvoir établir la preuve de cette fausse indigence.

A première vue il paraît simple de fermer la porte des hôpitaux à la catégorie des malades aisés ; mais dans la pratique une telle mesure rencontre de très nombreuses difficultés. On ne peut d'abord se renseigner d'une façon exacte et impartiale sur la situation véritable de fortune d'une personne qui demande son admission. Ce serait une forme d'inquisition. Ensuite la preuve de cette non indigence étant établie, cela n'empêcherait pas le malade aisé de profiter des tarifs dérisoires des hôpitaux, puisqu'il lui suffit de payer la somme réclamée par l'administration pour

devenir occupant d'un lit. On n'a pas le droit, d'après les règlements, de lui refuser l'entrée de l'hôpital du moment qu'il paie. C'est donc bien dans l'organisation vicieuse du service d'admission dans l'administration de l'Assistance publique, que réside la cause primordiale du grave abus que nous signalons (1).

L'Assistance publique, en outre, fait maintenant illégalement concurrence déloyale à des gens patentés en tenant boutique ouverte de consultations et pansements à tout venant, moyennant un tarif uniforme de 0 fr. 75. Il a été décidé, en effet, par une circulaire récente, que les internes de garde ne pourraient refuser leurs soins, même aux malades riches, pour les pansements à faire d'urgence dans le courant de la journée.

Toutefois, pour éviter les abus, l'administration se réserve la faculté d'exiger de ceux qui sont en état de payer la somme de 0 fr. 75 qu'elle fait rentrer dans sa caisse. C'est détourner ainsi le temps et la science des internes de leur légitime emploi, et c'est léser les médecins par cette concurrence déloyale.

Les médecins protestent aussi depuis longtemps et avec juste raison contre l'existence de la *Maison de santé Dubois*. Cette maison de santé coûte chaque année à l'assistance publique une somme importante. On ne saurait blâmer ce déficit s'il servait à secourir les déshérités de la fortune; mais il n'en est pas ainsi, et l'on sait que cette Maison de santé est faite pour les gens parfaitement aisés qui trouvent avantageux de venir se faire soigner moyennant un prix de

(1) Depuis le 5 mars 1907 la direction de l'Assistance publique a fait afficher l'avis suivant :

« Les consultations dans les hôpitaux et les dispensaires sont exclusivement réservées aux malades privés de ressources, nécessiteux ou indigents.

« Toute personne, se présentant à l'hôpital, doit justifier de son identité, de son domicile à Paris et de son indigence par une carte du bureau de bienfaisance, une quittance de loyer, etc.

« Hors les cas d'urgence, les médecins et les agents de l'administration doivent écarter de la consultation les personnes que leur profession, le chiffre de leur loyer, etc., n'indiquent pas comme ayant droit à la gratuité des soins.

« L'administration de l'Assistance publique fera des enquêtes à domicile pour vérifier les déclarations des consultants et exercer, au besoin, des poursuites pour le recouvrement d'office des frais de séjour ou de consultation et pour la répression des abus. »

6 à 10 francs par jour, alors que leur situation de fortune leur permettrait de payer honorablement un chirurgien.

Elle admet, en outre, des étrangers qui quittent leur pays pour venir profiter des soins qu'ils ne peuvent trouver dans leur patrie à un prix aussi bas.

Or les médecins de la Maison de santé sont recrutés parmi les médecins des hôpitaux, qui se fatiguent bien vite de se voir obligés de fournir des soins à des gens riches, qui du cabinet de consultation où ils sont venus les consulter passent dans leur service hospitalier où ils profitent de leurs soins sans bourse délier. Ils se lassent de se voir ainsi forcés de faire la charité malgré eux.

On voit donc le tort que cause encore aux médecins cette institution soi-disant d'assistance, et on ne peut qu'approuver les protestations qui ont été formulées pour sa suppression.

* *

Nous en avons ainsi fini avec les services communaux d'assistance soit à domicile, soit à l'hôpital; voyons maintenant, les services départementaux qui concernent plus spécialement les enfants et les aliénés.

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Loi Roussel

C'est à propos de la protection des enfants du premier âge que les médecins pour la première fois se sont vus enrégimenter dans un service médical départemental.

Ce service fut institué par la loi du 23 décembre 1874 dite *loi Roussel* et organisé par le décret du 27 février 1877 portant règlement d'administration publique (1).

(1) Un décret du 8 février 1876 réglait les conditions du service pour l'Algérie. Deux circulaires ministérielles du 27 octobre 1894 et du 27 juillet 1901 insistèrent depuis sur l'application de l'article 8 de la loi.

Cette loi a été faite dans un but excessivement louable. On avait constaté qu'il mourait en France chaque année un nombre considérable d'enfants de 0 à 1 an, environ 150.000, et on s'était aperçu que cette mortalité effroyable avait pour cause le manque de soins éclairés. En particulier la diarrhée décimait les nourrissons parce que les mères et les nourrices ne leur donnaient pas une alimentation bien comprise. C'est pour guider ces mères et ces nourrices par des conseils et surveiller la mise en pratique de ces conseils que la loi Roussel a été instituée. Elle a rendu déjà de grands services dans les villes et dans les campagnes, et en rendra de plus grands encore par son application rigoureuse.

Cette loi repose presque entièrement sur le médecin, car l'inspection médicale est la condition essentielle de son application vraiment féconde; c'est la clef de voûte de la loi. Il est donc de toute nécessité pour le médecin de connaître à fond tous les détails du service, pour pouvoir mener à bien la tâche que la loi lui confie.

ORGANISATION DU SERVICE. — Une surveillance est instituée par la loi en faveur des enfants au-dessous de deux ans placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents. Elle est exercée, sous l'autorité du préfet de police dans le département de la Seine et des préfets assistés d'un comité départemental dans les autres départements, par les commissions locales, par les maires, par des médecins inspecteurs et par l'inspecteur des enfants assistés du département (1).

Comité départemental. — Le Comité départemental est ainsi composé (2) : 2 membres du Conseil général désignés par ce Conseil; l'inspecteur du service des enfants assistés dans les départements, ou le directeur de l'Assistance publique dans le département de la Seine; 6 autres membres nommés par le préfet, dont un pris parmi les médecins

(1) Article 2 de la loi et article 1 du règlement.

(2) Article 2 de la loi.

membres du Conseil départemental d'hygiène publique et 3 pris parmi les administrateurs des sociétés légalement reconnues qui s'occupent de l'enfance, ou à leur défaut parmi les membres des commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Les membres de ce Comité sont nommés pour trois ans ; les membres sortants sont rééligibles, ces fonctions sont gratuites. Le comité se réunit au moins une fois par mois. Il peut être convoqué extraordinairement par son président ou par le préfet, soit d'office soit sur la demande d'un des membres. Il a pour mission d'étudier et proposer les mesures à prendre.

Le préfet lui communique les rapports qui lui sont envoyés par les commissions locales et par les médecins inspecteurs, ainsi que le rapport d'ensemble présenté annuellement par l'inspecteur départemental (1).

Commissions locales. — Des commissions locales sont instituées (2) par un arrêté du préfet, après avis du Comité départemental, dans les parties du département où l'utilité en est reconnue, pour concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants.

Ces commissions sont présidées par le maire de la commune. L'arrêté préfectoral, qui institue la commission fixe, le nombre de ses membres. La commission comprend nécessairement 2 mères de famille, le curé, et dans les communes où siège un conseil presbytéral ou un consistoire israélite, un délégué de chacun de ces conseils. Ces fonctions sont gratuites (3).

Les membres de ces commissions sont nommés et révoqués par le préfet (4).

La commission se réunit au moins une fois par mois ; elle peut être convoquée extraordinairement par le maire, soit

(1) Articles 17, 18, 19 du règlement.

(2) Article 2 de la loi.

(3) Article 2 du règlement.

(4) Article 3 du règlement.

d'office, soit sur la demande d'un des membres de la commission ou du médecin-inspecteur. Les séances de la commission se tiennent à la mairie (1). Le médecin inspecteur de la circonscription y est convoqué; il a voix consultative.

La commission répartit entre ses membres la surveillance des enfants à visiter au domicile de la nourrice sevreuse ou gardeuse. Chaque membre doit rendre compte à la commission des faits qu'il a constatés dans ses visites périodiques (2).

Si la commission juge que la vie ou la santé d'un enfant est compromise (3), elle peut, après avoir mis en demeure les parents et pris les avis du médecin inspecteur, retirer l'enfant à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et le placer provisoirement chez une autre personne. Elle doit dans les vingt-quatre heures rendre compte de sa décision au préfet et prévenir de nouveau les parents.

En cas de péril imminent, le président de la commission prend d'urgence et provisoirement les mesures nécessaires; il doit, dans les 24 heures, informer de sa décision la commission locale, le médecin inspecteur et le préfet, et avertir les parents.

Dans les communes où il n'a pas été institué de commission locale, le maire exerce les pouvoirs conférés à ces commissions.

Les mesures prises par les autorités locales sont purement provisoires; le préfet statue.

La commission signale au préfet, dans un rapport annuel, les nourrices qui mériteraient une mention spéciale, à raison des bons soins qu'elles donnent aux enfants qui leur sont confiés (4).

Le secrétaire de la commission locale doit tenir un registre (5) en deux parties contenant, d'une part, les délibérations et les décisions de la commission, et, d'autre part, les noms

(1) Article 5 du règlement.

(2) Article 6 du règlement.

(3) Article 7 du règlement.

(4) Article 8 du règlement.

(5) Article 41 du règlement.

et adresses de toutes les nourrices, sevruses et gardeuses de la commune, les noms des enfants qui leur sont confiés et la date des visites faites aux nourrices, sevruses ou gardeuses par les membres de la commission. Le médecin inspecteur appose mensuellement son visa sur ce registre.

Comité supérieur de protection des enfants du premier âge

— Au-dessus de ce Comité départemental et de ces commissions locales fonctionne le Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.

Ce Comité (1) a pour mission de réunir et coordonner les documents transmis par les Comités départementaux, d'adresser chaque année au ministre un rapport sur les travaux de ces Comités, sur la mortalité des enfants et sur les mesures les plus propres à assurer et étendre les bienfaits de la loi, et de proposer, s'il y a lieu, d'accorder des récompenses honorifiques aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement et leurs services.

Il est ainsi composé :

Un membre de l'Académie de médecine, désigné par cette académie ; les présidents de la Société protectrice de l'enfance de Paris, de la Société de charité maternelle et de la Société des crèches ; sept autres membres nommés par décret du président de la République.

Ces fonctions sont gratuites.

Signalons encore comme organe de contrôle l'*Inspection départementale* (2) dont le rôle prépondérant ressortira mieux quand nous aurons exposé dans quelles conditions se fait le placement des enfants en nourrice ?

DÉCLARATIONS DE PLACEMENTS. — La loi oblige *toute personne qui place un enfant en nourrice* (3), en sevrage ou en garde, moyennant salaire, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance

(1) Article 3 de la loi.

(2) Article 16 du règlement.

(3) Article 7 de la loi.

de l'enfant, ou à la mairie de la résidence actuelle du déclarant, en indiquant dans ce dernier cas le lieu de naissance de l'enfant. Elle est tenue de remettre à la nourrice ou à la gardeuse un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié.

Cette déclaration fait connaître (1) : 1° les nom et prénoms, le sexe, la date et le lieu de la naissance de l'enfant ; 2° s'il est baptisé ou non ; 3° les nom, prénoms, profession et domicile des parents ; 4° les nom, prénoms et domicile de la nourrice, sevrreuse ou gardeuse, à laquelle l'enfant est confié ; 5° les conditions du contrat intervenu avec la nourrice, sevrreuse ou gardeuse. Elle est signée du déclarant, et inscrite sur un registre spécial.

Le déclarant doit produire le carnet délivré à la nourrice, sur lequel le maire, qui reçoit la déclaration, transcrit les renseignements précédents (2).

Si l'enfant est envoyé dans une commune autre que celle où la déclaration est faite, le maire qui reçoit la déclaration en transmet copie dans les trois jours au maire de la commune où l'enfant doit être conduit (3).

Le maire averti par la déclaration faite qu'un enfant est placé dans sa commune en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, doit dans les trois jours transmettre une copie de la déclaration au médecin inspecteur de la circonscription (4).

Par contre, toute personne qui a reçu un enfant en nourrice (5) moyennant salaire est tenue : 1° d'en faire la déclaration à la mairie de la commune de son domicile, dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant et de remettre le bulletin contenant l'extrait de l'acte de naissance de celui-ci ; 2° de faire, en cas de changement de résidence, la même déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ; 3° de déclarer

(1) Article 21 du règlement.

(2) Article 22 du règlement.

(3) Article 23 du règlement.

(4) Article 24 du règlement.

(5) Article 9 de la loi,

dans le même délai le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne, pour quelque cause que cette remise ait lieu ; 4° en cas de décès de l'enfant, de déclarer ce décès dans les vingt-quatre heures.

Après avoir inscrit ces déclarations au registre spécial, le maire en donne avis dans le délai de trois jours au maire de la commune où a été faite la déclaration de placement par la personne qui a placé l'enfant. Le maire de cette dernière commune donne avis, dans le même délai de trois jours, des déclarations de changement de résidence, de remise de l'enfant à une autre personne, ou de décès, aux auteurs de la déclaration de mise en nourrice, en sevrage ou en garde.

Il est ouvert dans les mairies un registre spécial (1) pour les déclarations prescrites par la loi. Ce registre est coté, paraphé et vérifié tous les ans par le juge de paix. Celui-ci fait un rapport annuel sur les résultats de cette vérification au procureur de la République qui le transmet au préfet. En cas d'absence ou de tenue irrégulière du registre, le maire est passible d'une amende.

OBLIGATIONS IMPOSÉES AUX NOURRICES. — Toute personne qui veut se procurer un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde est tenue de se munir préalablement des certificats exigés par les règlements pour indiquer son état civil et justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde (2).

La nourrice, en réalité, doit obtenir un certificat du maire de sa commune, un certificat médical et se munir d'un carnet (3).

1° Certificat du maire. — Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de 7 mois

(1) Articles 10 de la loi et 39 du règlement.

(2) Articles 8 de la loi.

(3) Articles 27 et 31 du règlement.

révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant certaines conditions (1).

Le certificat délivré par le maire doit être revêtu du sceau de la mairie et contenir les indications suivantes : 1° nom, prénoms, signalement, domicile et profession de la nourrice, date et lieu de la naissance; 2° état civil de la nourrice, nom, prénom et profession de son mari; 3° date de la naissance de son dernier enfant, et si cet enfant est vivant. Le certificat fait connaître si le mari a donné son consentement; il contient les renseignements que peut fournir le maire sur la conduite et les moyens d'existence de la nourrice, sur la salubrité et la propreté de son habitation. Il constate la déclaration de la nourrice, qu'elle est pourvue d'un garde-feu et d'un berceau. Sur l'interpellation du maire, la nourrice déclare si elle a déjà élevé un ou plusieurs enfants moyennant salaire. Elle indique l'époque à laquelle elle a été chargée de ces enfants, la date et la cause des retraits, et si elle est restée munie des carnets qui lui ont été précédemment délivrés. Le maire mentionne dans le certificat les réponses de la nourrice (2).

2° *Certificat médical*. — Le certificat médical (3) est délivré par le médecin inspecteur, ou, à défaut de médecin inspecteur habitant la commune où réside la nourrice, par un docteur en médecine ou par un officier de santé. Il peut également être délivré dans la commune où la nourrice vient prendre l'enfant. Il est dûment légalisé et visé par le maire. Il doit attester :

1° Que la nourrice remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson.

2° Qu'elle n'a ni infirmités, ni maladie contagieuse, et qu'elle est vaccinée.

3° *Carnet*. — Enfin la nourrice doit être munie d'un carnet (4).

(1) Article 8 de la loi.

(2) Article 28 du règlement.

(3) Article 29 du règlement.

(4) Article 30 du règlement

Le certificat délivré à la nourrice par le maire de sa commune et le certificat médical sont inscrits sur le carnet. S'ils ont été délivrés à part ils y sont textuellement transcrits. Le carnet est disposé de manière à recevoir, en outre, les mentions suivantes : 1° l'extrait de l'acte de naissance de l'enfant, la date et le lieu de son baptême, les noms, profession et demeure des parents ou des ayants-droit à défaut de parents connus, la date et le lieu de la déclaration de placement; 2° la composition de la layette remise à la nourrice; 3° les dates des paiements des salaires; 4° le certificat de vaccine; 5° les dates des visites du médecin inspecteur et des membres de la commission locale avec leurs observations; 6° les déclarations de la personne qui a reçu le nourrisson.

Le carnet reproduit le texte des articles du Code pénal, du règlement d'administration publique et du règlement particulier du préfet, qui intéressent directement les nourrices, sevrées ou gardeuses, les intermédiaires et les directeurs des bureaux de placements. Il contient, en outre, des notions élémentaires sur l'hygiène du premier âge.

Ce carnet est délivré gratuitement à Paris par le préfet de police, à Lyon, par le préfet du Rhône, dans les autres communes, par le maire. La nourrice peut l'obtenir, soit dans la commune où elle réside, soit dans celle où elle vient chercher un enfant. Dans ce dernier cas, elle doit produire le certificat du maire de sa commune.

Elle doit se pourvoir d'un carnet nouveau chaque fois qu'elle prend un nouveau nourrisson.

Une fois ces certificats obtenus, la nourrice est tenue encore à certaines obligations, dès qu'on lui a confié un enfant.

Il lui est interdit d'allaiter un autre enfant que son nourrisson à moins d'une autorisation spéciale et écrite donnée par le médecin inspecteur ou, s'il n'existe pas de médecin inspecteur dans le canton, par un docteur en médecine ou un officier de santé (1).

(1) Article 25 du règlement.

Nulle sevreuse ou gardeuse ne peut se charger de plus de deux enfants à la fois, à moins d'une autorisation spéciale et écrite donnée par la commission locale, et, à défaut de commission locale, par le maire (1).

Si l'enfant n'a pas été vacciné, la nourrice doit le faire vacciner dans les trois mois du jour où il lui a été confié (2).

La nourrice, sevreuse ou gardeuse, ne peut sous aucun prétexte se décharger, même temporairement, du soin d'élever l'enfant qui lui a été confié en le remettant à une autre nourrice, sevreuse ou gardeuse, à moins d'une autorisation écrite donnée par les parents ou par le maire après avis du médecin inspecteur (3).

Si elle veut rendre l'enfant confié à ses soins avant qu'il lui ait été réclamé, elle doit en prévenir le maire (4).

Où et dans quelles conditions se recrutent les nourrices?

BUREAUX DE NOURRICES. — Nul ne peut (5) ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements.

Toute personne qui exerce sans autorisation l'une ou l'autre de ces professions ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation ou aux prescriptions des règlements est punie d'une amende de 16 à 100 francs. En cas de récidive, la peine d'emprisonnement peut-être prononcée. Les mêmes peines sont applicables à toute sage-femme et à tout autre intermédiaire qui entreprend, sans autorisation, de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde. Si, par suite d'une négligence de la part d'une nourrice ou d'une gardeuse, il en est résulté un dommage pour la santé

(1) Article 26 du règlement.

(2) Article 32 du règlement.

(3) Article 33 du règlement.

(4) Article 34 du règlement.

(5) Article 11 de la loi.

d'un ou plusieurs enfants, la peine d'emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcée.

La demande en autorisation⁽¹⁾ d'ouvrir un bureau de nourrices ou d'exercer la profession de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, est adressée au préfet du département où le pétitionnaire est domicilié. Elle fait connaître les départements dans lesquels celui-ci se propose de prendre ou de placer des enfants.

Le préfet communique la demande aux préfets des autres départements intéressés, et s'assure de la moralité du demandeur. Il fait examiner les locaux affectés aux nourrices et aux enfants s'il s'agit d'un bureau de placement, ou les voitures affectées au transport des nourrices et de leurs nourrissons s'il s'agit de meneurs ou de meneuses. L'arrêté d'autorisation détermine les conditions particulières auxquelles le permissionnaire est astreint dans l'intérêt de la salubrité, des mœurs et de l'ordre public. Ces conditions sont affichées dans l'intérieur du bureau ainsi que les prescriptions légales et réglementaires imposées aux directeurs de bureaux, et aux meneurs et meneuses, et les peines édictées contre ceux qui refuseraient de recevoir la visite des personnes autorisées par la loi. L'autorisation peut toujours être retirée. Dans le cas où l'industrie doit être exercée dans plusieurs départements, il est donné avis de l'arrêté d'autorisation ou de l'arrêté de retrait aux préfets de tous les départements intéressés.

Il est interdit (2) aux directeurs des bureaux de nourrices et à leurs agents de s'entremettre pour procurer des nourrissons à des nourrices qui ne seraient pas munies du certificat du maire, du certificat médical et du livret exigés par la loi. Il est interdit aux meneurs et aux meneuses de reconduire des nourrices dans leurs communes avec des nourrissons, sans qu'elles soient munies de ces pièces.

Les directeurs de bureaux et les logeurs de nourrices sont

(1) Article 35 du règlement.

(2) Article 35 du règlement.

tenus (1) d'avoir un registre coté et parafé par le commissaire de police de leur quartier à Paris et à Lyon, et par le maire dans les autres communes. Sur ce registre doivent être inscrits les noms et prénoms, le lieu et la date de naissance, la profession et le domicile de la nourrice, le nom et la profession de son mari.

Aucun établissement destiné à recevoir en nourrice ou en garde des enfants au-dessous de deux ans ne peut subsister ni s'ouvrir sans l'autorisation du préfet de police dans le département de la Seine, et des préfets dans les autres départements. L'autorisation peut toujours être retirée. Les nourrices employées dans ces établissements sont assimilées aux nourrices sur lieu (2).

*
* *

Ainsi qu'on le conçoit fort bien, pour qu'une telle organisation soit efficace, il faut la surveillance de tous les instants. C'est là qu'intervient utilement l'inspection médicale.

INSPECTION MÉDICALE. — Dans les départements où l'utilité d'établir une inspection médicale des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est reconnue par le ministre de l'intérieur, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection.

La nomination de ces médecins inspecteurs appartient aux préfets (3).

Quelles sont leurs attributions ? (4)

Attributions des médecins inspecteurs. — Les médecins inspecteurs sont chargés de visiter les enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde dans leur circonscription.

Le médecin inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevrreuse ou gardeuse, pour y voir l'enfant dans

(1) Article 37 du règlement.

(2) Article 38 du règlement.

(3) Article 5 de la loi.

(4) Articles 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 du règlement.

la huitaine du jour où il est prévenu par le maire de l'arrivée de l'enfant dans la commune.

Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Après chaque visite il vise le carnet délivré à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et il y inscrit ses observations; il transmet au maire un bulletin indiquant la date et le résultat de sa visite. Ce bulletin est communiqué à la commission locale. En cas de décès de l'enfant, il mentionne sur le bulletin la date et les causes du décès.

Il rend compte immédiatement au maire et au préfet des faits qu'il aurait constatés dans ses visites, et qui mériteraient leur attention.

Chaque année il adresse un rapport sur l'état général de sa circonscription au préfet qui le communique à l'inspecteur départemental du service des enfants assistés et au comité départemental.

Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement naturel. Dans ce cas, ainsi que lorsqu'il constate la grossesse, il informe le maire qui doit aviser les parents. La commission peut même retirer l'enfant à la nourrice et le placer chez une autre personne.

Dès que le maire apprend qu'un enfant placé en nourrice ou en garde dans la commune est malade et manque de soins médicaux, il prévient le médecin inspecteur de la circonscription, et, si celui-ci est empêché, il requiert le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. Ce dernier doit, si l'enfant succombe, mentionner les causes du décès dans un bulletin spécial, ainsi que le fait le médecin inspecteur.

Le refus de recevoir la visite du médecin inspecteur, du maire de la commune ou de toutes les autres personnes autorisées par la loi, est puni d'une amende de 5 à 15 francs. Un emprisonnement de 1 à 5 jours peut être prononcé si le

refus dont il s'agit est accompagné d'injures ou de violences (1).

Le médecin inspecteur tient à jour un livre (2) sur lequel il inscrit les nourrices, sevreuses ou gardeuses, et les enfants qui leur sont confiés. Ce livre mentionne dans des colonnes spéciales : 1° les nom, prénoms, professions et adresse des nourrices, sevreuses ou gardeuses; 2° la date des deux certificats et du carnet délivrés à la nourrice; 3° les nom, prénoms, sexe, état civil de l'enfant ainsi que la date et le lieu de sa naissance; 4° la date de son placement; 5° la date et le motif des visites du médecin étranger au service qui aurait été appelé par la nourrice, ainsi que la date et le résultat de ses visites personnelles; 6° la date et les causes du retrait de l'enfant ou du décès s'il a eu lieu chez la nourrice; 7° les observations concernant l'enfant et la nourrice, sevreuse ou gardeuse.

En outre le médecin inspecteur a voix consultative aux séances de la commission locale de la circonscription. Il peut faire convoquer extraordinairement la commission locale par le maire. Il donne son avis sur les retraits d'office. Il vise tous les mois le registre des commissions locales. Il délivre aux nourrices le certificat médical exigé.

Les enfants surveillés par la loi Roussel devraient venir à heure fixe une fois par mois à la visite du médecin inspecteur. Le médecin perdrait ainsi beaucoup moins de temps qu'en allant les voir les uns après les autres, et aurait, en outre, la facilité de faire fonctionner une consultation de nourrissons.

Honoraires des médecins inspecteurs. — Les médecins inspecteurs reçoivent à titre d'honoraires des émoluments qui sont fixés par le ministre sur la proposition du préfet, après avis du Conseil général.

Ce service d'inspection médicale est très mal payé, et, en outre, il est grevé de paperasses et d'ennuis. La responsabi-

(1) Article 6 de la loi.

(2) Article 40 du règlement.

lité du médecin est engagée dans la délivrance des certificats, par exemple s'il a échappé à ses investigations que l'enfant mis en nourrice était atteint d'hérédo-syphilis et si celui-ci a contagionné la nourrice. On l'accuse, en outre, de négligence si la mortalité est trop grande.

Le tarif ordinaire des honoraires est de 2 francs pour la première visite à un nourrisson, et de 1 franc pour les autres visites mensuelles. Le médecin inspecteur a droit également, mais malheureusement pas dans tous les départements, à une indemnité kilométrique pour les visites faites en dehors de la commune.

Il n'y a que les visites mensuelles qui sont aux frais du département. Si le nourrisson tombe malade dans l'intervalle, les visites nécessitées dans ce cas sont à la charge de la nourrice, qui se fait rembourser par les parents. Aussi est-il toujours prudent de prévenir la nourrice qu'elle est responsable de ces visites, et d'exiger des parents l'engagement de les payer.

Certains arrêtés préfectoraux décrètent la gratuité des certificats. Les médecins du service devraient être toujours en droit de se les faire payer, puisque ces certificats peuvent être délivrés, dans certains cas, par tout autre médecin étranger au service.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE. — Pour donner une idée de l'importance de ce service de protection des enfants du premier âge donnons quelques chiffres indiquant le résultat de son fonctionnement dans l'Oise :

	1903	1904
Enfants protégés.	2.341	2.285
Médecins inspecteurs.	98	102
Visites	10.533	9.547
Mortalité	192	216
Proportion de la mortalité	8 %	9,45 %
Dépenses d'inspection médicale. .	14.585 fr.	13.228 fr.

Les inspecteurs départementaux se plaignent de la difficulté qu'ils éprouvent à obtenir les rapports annuels des

médecins. Cela ne veut pas dire que ceux-ci remplissent mal leur service. Nombre d'entre eux vont inspecter les nourrissons, donnent leurs conseils aux nourrices, mais refusent d'aligner des statistiques et des chiffres, et de remplir des corvées inutiles. En effet dans certains départements le médecin inspecteur est tenu d'informer, par bulletin écrit, à la fois le maire et l'inspecteur de sa visite à chaque enfant. Et pourquoi cet avertissement double ? Pour éviter, disent les inspecteurs, que les médecins ne commettent des abus et ne se fassent allouer des indemnités pour des visites non faites.

Ces défaillances regrettables du corps médical sont excessivement rares. Et d'autre part les médecins n'ont pas besoin d'être surveillés comme des écoliers. S'ils avaient à leur tête comme inspecteur départemental un des leurs, comme ils le demandent, les choses iraient beaucoup mieux. Celui-ci ne les regarderait plus comme des subordonnés mais les traiterait en confrères ; eux de leur côté marcheraient volontiers à sa suite et enverraient leurs rapports annuels.

Consultations de Nourrissons. — A l'époque du vote de la loi Roussel, il n'était pas encore question des consultations de nourrissons. La première fut créée en 1892 à la Charité par le Dr Budin ; un grand nombre de ces consultations fonctionnent aujourd'hui, mais sont dues à l'initiative privée.

Cependant un projet de résolution, engageant le gouvernement à favoriser la création de ces consultations fut voté par le Sénat le 3 décembre 1903, et une circulaire ministérielle en date du 25 mai 1904 a donné des instructions aux préfets dans ce sens. Elle disait notamment : « le médecin y joue un rôle capital. C'est donc au dévouement du corps médical et particulièrement des médecins inspecteurs du service de protection du premier âge qu'il convient que l'administration ait recours. »

Mais, il est nécessaire d'allouer à ces médecins une indem-

nité proportionnelle au nombre des consultations et des nourrissons présentés. Les consultations de nourrissons deviendront en effet dans l'avenir le complément indispensable du service de protection des enfants du premier âge, et les médecins chargés de ce service ne peuvent accepter cette nouvelle charge sans rémunération.

*
*
*

Telles sont les grandes lignes de cette loi humanitaire où le médecin est appelé à chaque instant à agir, de sorte que c'est de son dévouement, de son zèle que dépendent en réalité les heureux résultats acquis.

Nous allons voir que c'est encore à lui que l'on fait appel lorsqu'il s'agit de protéger d'autres incapables, plus déshérités que les premiers, nous voulons parler des enfants assistés et des fous.

ENFANTS ASSISTÉS

La loi du 27 juin 1904 a complètement réorganisé le service des enfants assistés. Deux circulaires ministérielles du 16 juin et du 18 juin 1904 ont précisé les conditions d'organisation de ce service.

Le service des enfants assistés est réglé par le Conseil général; il est administré par le Préfet, et, sous l'autorité du Préfet, par l'inspecteur départemental de l'assistance publique qui dirige tout le service. Sur la proposition de ce dernier, le préfet nomme ou révoque les agents du service payés sur les fonds du département.

Un service médical assure aux enfants assistés les soins auxquels ils ont droit. Ce service est assez important; si l'on consulte en effet le tableau des dépenses des enfants assistés (1), on trouve que pour l'année 1903 le nombre

(1) Statistique de la situation financière des départements, relevée par M. Brumm, directeur de l'administration départementale et communale.

total des enfants assistés s'élevait à 247.513, les dépenses totales du service à 29 millions 497.982 francs, parmi lesquelles sont compris les frais de maladie et d'inhumation qui se chiffrent par 1 million 209.782 francs.

Pour se rendre compte de l'organisation du service médical, nous allons mettre sous les yeux les passages du Règlement, institué le 24 mars 1906 par le préfet de l'Oise, relatifs à ce service. On verra que le médecin remplit un rôle important.

SERVICE MÉDICAL DES ENFANTS ASSISTÉS. — Le médecin chargé du service des enfants assistés est en principe le même que celui de la protection des enfants du premier âge.

Attributions des médecins. — Lorsqu'un enfant paraît malade, les nourriciers le conduisent chez le médecin chargé du service. Si ce déplacement semble offrir des inconvénients, ils appellent le médecin à domicile.

Le médecin indique le traitement à suivre et prescrit des médicaments. A défaut de pharmacien dans un rayon de 5 kilomètres, il peut fournir lui-même les médicaments.

A chacune de ses visites, le médecin vise le livret de l'enfant; il y inscrit en outre ses observations pour l'usage des nourriciers, ainsi que les recommandations faites à eux ou à l'enfant si son âge le comporte.

Les enfants atteints de maladies qui exigent des soins particuliers sont, selon les circonstances, conduits à l'hôpital le plus voisin, où ils sont traités au tarif de l'assistance médicale gratuit, ou et ramenés au dépôt. Toute opération est en principe effectuée à l'hospice dépositaire. En cas d'urgence elle peut avoir lieu à l'hospice cantonal le plus proche.

Les médecins du service signalent à l'inspecteur départemental les pupilles dont l'état de santé nécessite le transfert soit dans un hospice, soit dans un sanatorium, soit même dans tout autre établissement spécial affecté au traitement qui leur convient.

Ils constatent de même toute infirmité ou tout autre cas, qui peut donner lieu à l'attribution de pensions exceptionnelles ou de suppléments de pension, en raison de soins ou de dépenses exigés par la santé des pupilles pouvant être utilement maintenus chez des particuliers.

Ils adressent à l'Inspection tous renseignements et toutes mesures nécessaires pour que les pupilles, atteints de scoliose, pied bot, et autres infirmités, soient pourvus d'appareils spéciaux.

En cas d'épidémie ou en présence de toute contagion possible, les médecins prennent les mesures nécessaires à la sécurité des pupilles et même des nourriciers. Ils en réfèrent immédiatement à l'Inspection.

C'est aussi d'urgence qu'ils signalent à l'inspecteur tous les enfants mal soignés, tous les placements défectueux.

Ils font parvenir sans retard à l'inspecteur, pour que celui-ci puisse se conformer aux obligations qui lui incombent, tous certificats de décès des pupilles de leur circonscription, en y faisant figurer les causes du décès et la valeur des soins reçus.

Ils accompagnent l'inspecteur ou le sous-inspecteur en tournées, quand cela est nécessaire à l'utile accomplissement de sa mission.

Ils peuvent sans aucune crainte révéler à l'inspecteur tout ce qui peut intéresser moralement et physiquement les enfants placés sous sa protection, sa garde, sa surveillance ou sa tutelle, le secret professionnel étant imposé à tout le personnel du service des enfants assistés.

En cas d'absence ou de maladie, chaque médecin inspecteur assure son service en se faisant suppléer par un médecin de son choix. Toutefois il doit faire connaître son nom et ses titres capacitaires, sans retard, à l'inspecteur départemental.

Le personnel de l'enseignement primaire, les médecins du service comme les inspecteurs veillent, chacun en ce qui le concerne, et conformément aux règlements en vigueur,

sur les enfants dont l'administration a la surveillance, la garde ou la tutelle.

Honoraires des médecins. — Les médecins et pharmaciens établissent en double expédition la note de leurs visites ou consultations, ou celle de leurs médicaments, d'après le tarif de l'assistance médicale gratuite.

Aucune opération n'est payée pour les pupilles, sauf justification de force majeure, toute opération devant en principe être effectuée à l'hospice dépositaire. Dans le cas d'urgence, où elle a lieu à l'hospice cantonal le plus proche, elle est décomptée au tarif de l'assistance médicale gratuite.

Sont refusées aux pharmaciens et ne leur sont point payées toutes ordonnances non établies à l'encre, signées après la délivrance des médicaments qu'elles comportent, ou tout renouvellement d'ordonnance non formulé.

*
* *

Ainsi fonctionne ce service que nous devons nécessairement signaler. Nous allons maintenant examiner l'intervention du médecin dans un troisième service départemental, le service des aliénés.

ALIÉNÉS

Historique. — Le régime actuel des aliénés date du 30 juin 1838. Il a donc près de soixante-neuf ans d'existence. C'est de 1862 que datent les premiers efforts pour modifier la loi de 1838. MM. Magnin et Gambetta, les premiers, en sentirent la nécessité et présentèrent une proposition qui concluait à l'intervention du jury pour statuer sur l'internement dans les asiles. Plus tard, M. Théophile Roussel présentait un nouveau projet. En 1870, une commission parlementaire

présidée par Faustin Hélie fut chargée d'étudier la question des aliénés, mais les événements de l'année terrible ne permirent pas d'aboutir.

Plus tard, c'est le gouvernement lui-même, par l'organe de M. Sarrien, qui présentait au Sénat un projet de revision de la loi de 1838. Ce projet fut voté par le Sénat en 1886 et transmis à la Chambre en 1887. Mais il ne put venir en discussion avant la fin de la législature.

M. Reinach saisissait la Chambre en 1890 d'une nouvelle proposition. Puis survint M. Dubief qui, depuis 1893, à chaque législature, ne cessa, d'une façon inlassable, de demander la mise à l'ordre du jour de son projet. Il vint enfin d'obtenir satisfaction et ce projet a été discuté et voté par la Chambre les 14, 17, 21 et 22 janvier 1907.

Considérations générales. — La loi de 1838 avait été à l'époque où elle fut promulguée une grande loi de progrès. Elle passa alors pour un modèle, et la plupart des législations étrangères furent copiées sur elle. Mais elle s'occupait beaucoup plus du placement de l'aliéné que de sa guérison. C'était une loi de police bien plus qu'une loi médicale. La nouvelle loi qui vient d'être votée par la Chambre remédie à cet inconvénient en donnant la haute main aux médecins, en augmentant leur nombre, en leur assurant une situation convenable. Le rapporteur, M. Dubief, a insisté sur ce point. « Nous faisons une loi médicale, disait-il. Cette loi sera un honneur pour le parlement qui la votera. » Et plus loin : « Notre loi qui porte à son frontispice ces deux mots significatifs : « hôpitaux et « traitements » vous dit assez qu'elle n'est plus une simple loi de sûreté, qu'elle est devenue une loi médicale, une loi de guérison. »

En second lieu, en protégeant insuffisamment les biens de l'aliéné, la loi de 1838 donnait naissance à des espérances mauvaises et permettait des tentatives de spoliation. Le nouveau texte organise très sérieusement la tutelle et l'administration du patrimoine du dément, et, sans multiplier les

formalités, nécessite l'intervention du tribunal pour toutes les opérations importantes.

D'autre part, l'ancien régime ne donnait pas à la liberté individuelle les garanties nécessaires. Et ce point a été l'objet de toute l'attention de la commission. La réforme prescrit la présentation de rapports et non plus de simples certificats médicaux, et surtout elle substitue à la décision administrative et personnelle du préfet incompétent un véritable jugement contradictoire du tribunal statuant sur toute une série de rapports médicaux, et, s'il y a eu contestation, après une expertise médicale contradictoire.

Enfin, pour éviter les abus qui se produisent dans certains asiles privés, tous les établissements susceptibles de recevoir des individus atteints de maladies mentales, quel que soit leur nom, seront soumis à la surveillance administrative.

Ajoutons que des dispositions spéciales règlent le sort des aliénés criminels et des criminels aliénés, et qu'afin d'éviter les condamnations qui frappent tant d'aliénés irresponsables, la question : « A la majorité, l'inculpé est-il responsable ? » devra toujours être posée au jury.

Signalons en passant la *victoire partielle dans cette loi de l'esprit médical sur l'esprit administratif*. Pareil fait est suffisamment rare dans les autres lois concernant les médecins pour que nous puissions y insister. Ce n'est d'ailleurs que grâce à l'autorité qui s'attache au nom de M. Dubief, médecin lui-même, et représentant de la conception médicale du régime des aliénés, qu'a pu être mise en échec la conception administrative dont MM. Mirman et Sarraut se sont faits les champions.

Ceux-ci voulaient conserver à l'administration la faculté de choisir les directeurs d'asiles d'aliénés en dehors des médecins. C'est le seul point sur lequel la commission et le gouvernement ne s'entendaient pas avant la discussion du projet et ce n'est qu'en séance qu'ils se mirent d'accord, le gouvernement faisant la concession de reconnaître le principe l'obligeant à choisir les directeurs parmi les médecins,

et M. Dubief faisant de son côté la concession de laisser à l'administration la faculté d'échapper à cette règle dans des cas exceptionnels.

Nous avons pu nous rendre compte, en assistant à cette discussion, combien l'administration était jalouse de ses prérogatives, et combien elle voulait imposer son autorité aux médecins. Nous avons même été surpris qu'elle ne s'opposât pas d'une façon plus absolue à la conception médicale de la loi, nous souvenant en effet de la récente circulaire (1) de M. Clémenceau aux préfets, qui était conçue dans un esprit fort éloigné de l'esprit médical du projet de loi.

Loin de s'inspirer de l'esprit de la réforme projetée, la circulaire ministérielle reléguait au second plan le rôle des médecins et enjoignait aux préfets d'exercer rigoureusement les droits qu'ils tiennent de la loi de 1838. Elle prescrivait que le préfet avait le droit absolu et discrétionnaire d'ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les maisons d'aliénés. Le préfet devait être aidé dans cette tâche par une commission composée d'un petit nombre d'hommes dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence auraient été hautement reconnues. A ceux-ci était confiée la mission de recueillir tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans les établissements privés et même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation avait été contestée, d'examiner avec le plus grand soin les protestations formulées à ce sujet, et, attachant une importance particulière aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui leur paraîtraient douteux.

Or, apprécier les cas douteux est plus le fait de médecins habitués aux finesses du diagnostic psychiatrique, que le fait d'hommes du monde si perspicaces soient-ils. Et c'est une erreur assez commune que celle des gens qui se figurent

(1) Circulaire du 18 juin 1906.

que toute personne de bon sens peut reconnaître, par ses propres lumières, si un individu est ou non sain d'esprit.

C'était une conception inadmissible, qui a été mise à l'écart par le vote de la Chambre. Les représentants de l'administration n'ont aucunement cherché d'ailleurs à rappeler l'existence de cette circulaire et à en défendre l'esprit.

Une autre circulaire, conçue dans le même esprit, a paru récemment (1). Elle prescrivait l'établissement de notes préfectorales semestrielles sur le personnel médical des asiles d'aliénés. C'est encore là un exemple de la mainmise que veut avoir l'Etat sur le corps médical des asiles d'aliénés, et de la complète subordination que les pouvoirs politiques prétendent imposer aux médecins aliénistes.

Une nouvelle législation va donc se substituer d'ici très peu de temps à l'ancienne. Aussi, nous paraît-il inutile de nous appesantir sur cette dernière.

Faisons simplement ressortir les mérites de la nouvelle législation qui vient de franchir sa première étape devant la Chambre.

Les modifications de la loi du 30 juin 1838. — La loi de 1838 permettait l'internement, sur une demande écrite d'admission, avec certificat médical constatant l'état mental de la personne à placer (2). Si le placement avait lieu dans un établissement privé, le préfet devait charger un homme de l'art de faire un rapport sur l'état mental de l'interné (3). Enfin, à Paris le préfet de police et dans les départements les préfets pouvaient ordonner d'office le placement quand il y avait danger pour l'ordre public (4).

Malgré les garanties apparentes que cette loi semblait donner, en réalité, elle était gravement attentatoire à la liberté individuelle et les abus qui furent commis sous l'égide de cette loi furent nombreux.

(1) Circulaire ministérielle du 10 novembre 1906.

(2) Article 8.

(3) Article 9.

(4) Article 18.

Un changement dans les mœurs s'est produit, des campagnes de presse ont été menées avec vigueur, et la Chambre des députés a voulu donner satisfaction à l'opinion publique.

Comment la nouvelle loi cherche-t-elle à arriver à un résultat vraiment humain? Le législateur a porté d'abord son attention sur la délivrance des *certificats médicaux pour l'internement des aliénés*.

Un simple certificat médical était exigé par la loi de 1838; désormais il faudra pour que l'internement soit possible, un rapport médical détaillé dressé non isolément, mais à la connaissance d'un magistrat : maire, juge de paix ou commissaire de police.

Ce n'est point tout encore; l'aliéné ne sera interné définitivement — et c'est là une réforme fort importante — que lorsque le président du Tribunal, saisi de tout le dossier, se sera prononcé sur le maintien de l'internement.

Le magistrat n'aura point sans doute à décider si tel individu est ou non aliéné, il jugera sur pièces, sur le vu des rapports médicaux, et, s'il hésite, une expertise médicale pourra fixer sa religion.

L'autorité administrative a ainsi fait place à l'autorité judiciaire que l'on a considérée comme plus indépendante, comme devant donner plus de garanties (1).

Puis, élargissant son cadre, la loi n'est plus restée comme la précédente hypnotisée par la question du patri-moine, et de sa conservation entre les mains de l'aliéné incapable, qu'elle entourait de protection à ce point de vue. Elle a compris qu'il y avait devant elle avant tout un être souffrant, capable de guérison, et elle a tourné toute sa sollicitude vers l'organisation de l'hospitalisation de ce malade.

La commission a su persuader à la Chambre que ce qu'il fallait à la tête des asiles futurs créés ou à créer, c'était non pas un administrateur dont les qualités et les mérites certes ne sont point discutables, mais un médecin, seul capable

(1) V. les Discours de M. Dubief et de M. Reinach aux séances de la Chambre des députés du 14 janvier 1907 (*J. off.*, 15 janvier 1907).

d'entourer des soins nécessaires ceux qui seraient confiés à sa garde (1).

Le gouvernement, après hésitation, s'est rangé à ce système, toutefois, avec une atténuation : « Le ministre peut, sur l'avis du conseil supérieur de l'assistance publique, ordonner la disjonction des fonctions de médecin et de directeur de l'asile public, ainsi que celle de médecin et de préposé responsable d'un quartier d'hospice. »

Il est facile de se rendre compte, d'après ce rapide aperçu, des avantages de la loi nouvelle. Nous faisons des vœux pour que le Sénat adopte le plus rapidement possible la sage réglementation qui lui est proposée : la liberté individuelle, grâce à elle, sera ainsi mieux protégée que par le passé.

(1) M. Dubief déclarait à ce sujet qu'il voulait « faire disparaître le plus possible le fonctionnaire dans le médecin. »

CHAPITRE III

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ PUBLIQUES

Loi sur la Santé publique ⁽¹⁾ du 15 février 1902

Après les services d'assistance sociale, suivons le médecin dans les services d'hygiène et de salubrité publique.

Les tendances modernes sont en faveur du développement de ces services d'où dépend en réalité la vie d'un pays. La grande loi du 15 février 1902 sur la santé publique est comme le résumé des progrès réalisés en cette matière; c'est vers elle que nous allons tourner nos regards, c'est d'elle maintenant que nous allons donner un aperçu aussi exact que possible, en insistant sur la place que joue encore dans cette organisation moderne le médecin, en laissant au contraire volontairement dans l'ombre les questions qui sont surtout du domaine administratif, notamment les mesures sanitaires relatives aux immeubles, aux eaux potables, que la loi n'a pourtant pas ignorées.

Considérations générales. — La législation sanitaire en France, en dehors de la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire qui était trop sévère et par conséquent peu appliquée, se réduisait à la loi du 13 avril 1850 sur les logements

(1) Lois des 15 février 1902 et 7 avril 1903 relatives à la protection de la Santé publique (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 1^{er} fascicule, p. 2).

Circulaires ministérielles du 10 mai 1902 (1^{er} fasc., p. 27) et du 19 juillet 1902 (1^{er} fasc., p. 29).

insalubres (1), et à celle du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, dont l'article 97 portait sur l'organisation de la salubrité publique. Cependant malgré les pouvoirs conférés par ces lois aux maires, aux préfets, aux conseils d'hygiène et aux médecins, on peut dire qu'il n'existait pas de législation sanitaire générale avant la loi de 1902.

C'est pour remédier à cet état de choses que la nécessité d'une loi sur la santé publique s'était fait sentir depuis longtemps déjà.

Le gouvernement avait présenté le 3 décembre 1891 à la Chambre un projet de loi sur la santé publique. Voté par la Chambre les 26 et 27 juin 1893, déposé au Sénat le 11 juillet 1893, il ne vint en discussion au Sénat que le 2 février 1897. Ce dernier ne voulut pas adopter le texte voté par la Chambre, qui chargeait les conseils d'hygiène de l'application de la loi concernant les logements insalubres, et vota la loi, avec cette modification, le 16 décembre 1897 en première lecture et le 28 juin 1901 en seconde lecture sur un rapport de M. Cornil.

Quels sont l'esprit, le sens et la portée de la loi de 1902 ? S'inspirant des travaux de Pasteur, elle a eu pour but de détruire les germes nocifs partout où ils se produisent, en imposant la déclaration obligatoire des maladies épidémiques et la désinfection des locaux, et de rendre le terrain réfractaire, en prescrivant des mesures d'assainissement et de salubrité. C'est une loi d'esprit scientifique qui veut faire bénéficier les populations des nouvelles découvertes incontestables en matières d'hygiène.

Le médecin est le pivot de l'organisation de l'hygiène publique. Il peut être en effet consulté par le maire sur les amenées d'eau pure, l'évacuation des matières usées, l'organisation de la voirie, l'entretien des cimetières, la surveillance de la prostitution, etc.

Suivons donc la loi, et examinons les différents rouages qu'elle a créés et que le médecin doit connaître.

(1) Qui a été remplacée par les articles 11 à 18 de la loi de 1902.

D'une manière générale, nous dirons que le fonctionnement de la loi a pour base la commune où le maire est chargé d'élaborer un règlement sanitaire; le département et l'Etat de leur côté doivent joindre à leur mission de surveillance celle de diriger dans la voie du progrès les municipalités, de les éclairer de leurs avis.

ADMINISTRATION SANITAIRE

1° RÈGLEMENTS SANITAIRES COMMUNAUX (1). — C'est, dans chaque commune, le maire qui doit prendre, après avis du Conseil municipal, un arrêté municipal portant règlement sanitaire. Ce règlement indique 2) les précautions et les mesures de désinfection à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles. Il prescrit également les mesures destinées à assurer la salubrité des maisons, notamment pour l'alimentation en eau potable et l'évacuation des matières usées:

Ce règlement est approuvé par le préfet après avis du Conseil départemental d'hygiène. Les communes, dont le maire n'avait pas prescrit de règlement sanitaire dans le délai d'un an après la promulgation de la loi, s'en sont vues imposer un d'office par arrêté du préfet. Plusieurs communes peuvent s'associer pour l'exécution des mesures sanitaires (3).

Ajoutons que des *bureaux d'hygiène* (4) sont organisés dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les

(1) Circulaire ministérielle du 30 mai 1903 aux préfets sur la réglementation sanitaire communale (art. 1, 2, 3, de la loi) comprenant les règlements modèles présentés après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France. (Hyg. publ., Législation et Réglementation. Textes officiels, 2^e fascicule, p. 46).

(2) Article 1.

(3) Article 2.

(4) Article 19. — Décret du 3 juillet 1905 portant règlement d'administration publique pour déterminer (en vertu des articles 19, 26 et 34 de la loi du 15 février 1902) les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène. (*J. off.*, 13 juillet 1905.) (Hyg. publ. Législ. et Règl. Textes officiels, 5^e fascicule, p. 163.)

Circulaire ministérielle du 23 mars 1906 aux préfets sur les Bureaux municipaux d'hygiène. (Hyg. publ. Législ. et Règl. Textes officiels, 5^e fascicule, p. 166.)

communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal. Ils forment un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la loi.

Le premier bureau avait été créé en 1879 au Havre; au moment du vote de la loi, il en existait dans un assez grand nombre de villes. Ils s'occupaient de la salubrité, de l'analyse des eaux, de l'inspection des halles et marchés, de la statistique, du dépouillement des rapports des médecins des écoles. A Paris, il existait un double service dépendant l'un de la Préfecture de police, l'autre de la Préfecture de la Seine.

Comme il est facile de le concevoir, le maire ne peut avoir une autorité absolue en matière d'hygiène. Il est indispensable qu'une certaine unité de vues règne entre tous les règlements élaborés dans toute la France. Le service départemental d'hygiène publique a été organisé dans ce but.

2° SERVICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Il comprend : le conseil départemental d'hygiène, les commissions sanitaires, les médecins des épidémies, les médecins chargés d'opérer les vaccinations et revaccinations gratuites, et le service de la désinfection. Il peut être enfin organisé un service départemental de contrôle et d'inspection de l'hygiène publique. C'est le préfet qui dirige cet important service.

Dans chaque département (1), le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y est pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

(1) Article 20.

Conseil d'hygiène départemental. — Le Conseil d'hygiène départemental se compose (1) de 10 membres au moins et de 15 au plus. Il comprend nécessairement 2 conseillers généraux élus par leurs collègues, 3 médecins dont 1 de l'armée de terre ou de mer, 1 pharmacien, l'ingénieur en chef, 1 architecte et 1 vétérinaire.

D'après l'arrêté ministériel du 3 février 1902 sont adjoints avec voix consultative : le secrétaire général de la préfecture, l'inspecteur d'Académie, l'ingénieur des poudres et salpêtres, le géologue, l'inspecteur du travail, le contrôleur des mines, l'inspecteur des enfants assistés, les chefs de division de la préfecture (salubrité, voirie, hôpitaux).

Le préfet préside le Conseil qui nomme dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Les membres des Conseils d'hygiène, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Ils ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis que si les deux tiers aux moins de leurs membres sont présents.

Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Ils doivent être consultés (2) sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Les Conseils d'hygiène départementaux existant au moment de la promulgation de la loi ont continué à fonctionner jus-

(1) Article 90.

(2) Article 21

qu'à leur remplacement par ceux organisés en exécution de la nouvelle loi (1).

Ces conseils avaient été organisés par la loi de 1848 ; il y en avait un par département ; mais il s'en fallait de beaucoup que tous les départements en soient pourvus. Ils devaient tenir quatre séances au moins par an, et le compte rendu de ces séances devait porter à la connaissance du public les décisions qui en étaient résultées.

Commission sanitaire. — Chaque commission sanitaire de circonscription est composée (2) de 5 membres au moins et de 9 au plus, pris dans la circonscription. Elle comprend nécessairement 1 conseiller général élu par ses collègues, 1 médecin, 1 architecte ou tout autre homme de l'art, 1 vétérinaire, et 1 pharmacien.

Sont adjoints avec voix consultative : le médecin des épidémies, le médecin militaire du grade le plus élevé dans la circonscription, l'inspecteur primaire, l'inspecteur du travail.

Le sous-préfet préside la commission qui nomme dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Ils ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents.

Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Ils doivent être consultés sur les mêmes objets que les membres des conseils d'hygiène départementaux dans les limites de leurs circonscriptions respectives (3).

(1) Article 31.

(2) Article 20 modifié par la loi du 29 janvier 1906 (*Journ. off.* du 6 février 1906).

(3) Article 21.

Les conseils d'hygiène d'arrondissement existant au moment de la promulgation de la loi ont continué à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les commissions sanitaires de circonscriptions organisées en exécution de la nouvelle loi (1).

Ils se réunissent au moins une fois par trimestre au chef-lieu de canton.

Le compte rendu des travaux est publié chaque année par les soins du sous-préfet.

Au moment de la discussion de la loi, on avait demandé que les médecins appelés à siéger dans les conseils d'hygiène et les commissions sanitaires fussent élus par leurs confrères réunis ou non dans leurs associations régionales. M. le D^r Cornil ne voulut pas accepter cette proposition, et la fit rejeter par le Sénat : on craignait en effet que cette élection ne fût matériellement pas possible.

Cette crainte était vaine ; car les sociétés médicales professionnelles existent à peu près partout et dans les départements où elles n'existent pas, la préfecture, ayant tous les diplômes, aurait été à même d'organiser l'élection.

D'autre part, la Chambre avait prévu pour les frais de déplacement des membres des conseils d'hygiène et des commissions sanitaires des jetons de présence, sur la valeur desquels le Conseil général devait délibérer. Cette disposition n'a pas été maintenue par la commission du Sénat. Son rapporteur toutefois reconnaissait qu'il serait indispensable de rémunérer les personnes qui ne sont pas fonctionnaires de l'Etat ou du département, tout en laissant l'appréciation aux Conseils généraux. Ceux-ci demeurent donc libres d'inscrire ou de ne pas inscrire à leurs budgets ces dépenses purement facultatives.

Ce jeton de présence n'est pas une rémunération des services rendus, mais une indemnité destinée à atténuer le préjudice matériel qui peut résulter de l'obligation, où se trouvent les membres des commissions d'hygiène, de délaisser à jour et heure fixes leurs occupations professionnelles.

(1) Article 31.

C'est ainsi que dans l'Oise, eu égard à ce que le dérangement n'est pas le même pour les personnes qui habitent dans la ville de réunion et les autres, celles qui sont domiciliées à plus de 2 kilomètres du lieu de réunion touchent une indemnité de déplacement calculée à raison de 0 fr. 75 par kilomètre sans retour pour la voie de terre, sur la base du tarif de première classe pour la voie ferrée à ceux qui n'ont pas de permis de circulation.

Les frais prévus par le département pour ces indemnités sont de 12.000 francs.

3° COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE (1).
— Au-dessus de ces services départementaux fonctionne le comité consultatif d'hygiène publique de France.

Il est composé (2) de 55 membres.

Sont membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'intérieur; l'inspecteur général des services sanitaires; l'inspecteur général adjoint des services sanitaires; l'architecte inspecteur des services sanitaires; le directeur de l'administration départementale et communale au Ministère de l'intérieur; le directeur des consulats et des affaires commerciales au Ministère des affaires étrangères; le directeur général des douanes; le directeur des chemins de fer au Ministère des travaux publics; le directeur du travail au Ministère du commerce, des postes et télégraphes; le directeur de l'instruction primaire au Ministère de l'instruction publique; le président du comité technique de santé de l'armée; le directeur du service de santé de l'armée; le président du conseil supérieur de santé de la marine; le président du conseil supérieur de santé au Ministère des colonies; le directeur des domaines au Ministère des finances; le doyen de la Faculté de médecine de Paris; le

(1) Article 25.

(2) Composition du comité consultatif d'hygiène publique de France reconstitué conformément à l'art. 25 de la loi du 15 février 1902 et au règlement d'administration publique du 18 décembre 1902. (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 3^e fascicule, p. 90.) — Loi du 29 janvier 1906 modifiant l'art. 25. (Hyg. publ. Législ. et Régl. Textes officiels, 5^e fascicule, p. 206.)

directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris; les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et des Ecoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes; le président de la Chambre de commerce de Paris; le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris; le vice-président du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; l'inspecteur général du service d'assainissement de l'habitation de la Préfecture de la Seine; le vice-président du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris; l'inspecteur général des écoles vétérinaires; le directeur de la carte géologique de France.

6 membres sont nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'Etat, la Cour de cassation, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France.

15 membres sont désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

Un décret d'administration publique (1) réglemente son fonctionnement, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau, d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

(1) Décret du 18 décembre 1902 (*J. off.* du 20 février 1903) portant règlement d'administration publique (en vertu de l'article 25 de la loi) sur le fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs, et la constitution d'une section permanente (Hyg. publ. législation et réglementation. Textes officiels, 1^{er} fascicule, p. 32).

Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

4° ADMINISTRATION SANITAIRE DE LA SEINE. — Le département de la Seine a un régime spécial que nous mentionnerons.

Attributions du préfet de la Seine. — Le préfet de la Seine a dans ses attributions (1) à Paris, tout ce qui concerne : 1° la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni ; 2° la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités ; 3° le captage et la distribution des eaux ; 4° le service de désinfection, de vaccination et du transport des malades. Pour la désinfection et le transport des malades, il donne suite, le cas échéant, aux demandes qui lui sont adressées par le préfet de police.

Il nomme une commission des logements insalubres.

Il est assisté, dans la limite de ses attributions, par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine.

Attributions du préfet de police. — Le préfet de police a dans ses attributions (2), à Paris, les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, spécialement la réception des déclarations, les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination, la surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garni.

Il assure la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie, la réglementation des établissements

(1) Article 22.

(2) Article 23.

classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les communes du département de la Seine.

Il est assisté par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

Il continue à appliquer dans les communes du département de la Seine, autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il était investi avant la promulgation de la loi (1).

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — La composition du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine est fixée comme il suit :

Le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents ; 2 vice-présidents, pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du Conseil d'hygiène ; 2 secrétaires administratifs ; 19 membres à raison de leurs fonctions ; 24 membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur sur la présentation du Conseil d'hygiène ; 3 membres du Conseil général de la Seine et 3 membres du Conseil municipal de Paris élus par leurs collègues ; 6 membres choisis par le ministre de l'intérieur soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence.

Il remplit les attributions données aux Conseils départementaux d'hygiène.

Commissions d'hygiène. — Les commissions d'hygiène (2) des arrondissements de Paris continuent à exercer leurs fonctions sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la loi au préfet de police.

Les conseils ou commissions d'hygiène, dans le département de la Seine en dehors de Paris (3), exercent les pou-

(1) Article 24 (modifié par la loi du 7 avril 1903).

(2) Article 24, (modifié par la loi du 7 avril 1903).

(3) Décret du 20 janvier 1904 réglant la composition des commissions d'hygiène des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis (*J. off.*, 31 janvier 1904). (Hyg. publ. Législ. et régl. Textes officiels, 5^e fascicule, p. 154).

voirs des commissions sanitaires de circonscription, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations.

Commission des logements insalubres. — La commission des logements insalubres (1) est nommée par le préfet de la Seine.

Elle est composée de 30 membres, dont 15 sur la désignation du Conseil municipal de Paris. La durée de leur mandat est de six ans avec renouvellement par tiers tous les deux ans. A chaque renouvellement, le préfet nomme 10 membres dont 5 à la désignation du Conseil municipal.

Cette commission a les mêmes pouvoirs que les commissions sanitaires de circonscription; elle les exerce dans toute l'étendue de la ville de Paris et dans les limites des attributions conférées au préfet de la Seine. Elle est présidée par le préfet de la Seine.

Dans les communes du département de la Seine autres que Paris, le maire exerce les attributions sanitaires sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police (2).

* * *

Nous venons d'étudier l'organisation des services d'hygiène chargés d'assurer l'application de la loi sur la santé publique. Voyons maintenant quelles sont les mesures sanitaires qui doivent être appliquées.

Celles qui intéressent particulièrement le médecin sont : la déclaration des maladies épidémiques, la désinfection, la vaccination et les mesures destinées à combattre les épidémies. Examinons tous ces points.

(1) Article 22 modifié par la loi du 7 avril 1903.

(2) Article 24.

DÉCLARATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES (1).

La loi de 1892 sur l'exercice de la médecine avait décidé (2) que tout médecin, officier de santé ou sage-femme était tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation, dont la liste devait être dressée par arrêté du Ministre de l'intérieur.

Mais cette obligation était demeurée lettre morte, elle ne pouvait d'ailleurs avoir aucun effet utile tant qu'elle n'était pas suivie de la sanction pratique qu'est la désinfection.

C'est ce qu'a compris le législateur de 1902 qui, dans la loi sur la santé publique, a décidé (3) que la déclaration des maladies épidémiques est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence, mais a ajouté (4) que la désinfection est obligatoire pour toutes ces maladies.

Une sanction pénale, inscrite dans la loi sur l'exercice de la médecine (5), punit d'une amende de 50 à 200 francs le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite.

Un arrêté du Ministre de l'intérieur (6), après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Cette déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche et adressées simultanément au sous-préfet et au maire. A Paris, la déclaration est faite au préfet

(1) Circulaire ministérielle du 5 juin 1903 aux préfets relative à la liste des maladies auxquelles est applicable la loi du 15 février 1902 et à la déclaration des cas de ces maladies. (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 2^e fascicule, p. 74.)

(2) Article 15.

(3) Article 5.

(4) Article 7.

(5) Article 2.

(6) Arrêté ministériel du 10 février 1903 (*J. off.*, 20 février 1903) rapportant celui du 23 novembre 1893, relatif au mode de déclaration des maladies visées par l'article 4 de la loi du 15 février 1902. (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 2^e fascicule, p. 40.)

de police. Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes par les soins de l'administration préfectorale (1). Les cartes-lettres doivent porter la date de la déclaration, les indications nécessaires pour trouver la maison contaminée et le malade. Mais la nature de la maladie est seulement désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. Le médecin peut ne pas signer, son carnet portant sur chaque feuille un numéro qui permet à l'administration de le reconnaître.

Il est tenu dans chaque arrondissement, par le préfet ou le sous-préfet, un registre spécial où sont inscrits, par ordre chronologique, les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des endroits où ils se sont produits et le nom du déclarant. Ce registre est établi de telle sorte que chaque commune de l'arrondissement soit représentée par un ou plusieurs feuillets permettant de suivre le développement d'une épidémie et de se rendre compte à toute époque de l'état sanitaire d'une commune ou d'une ville.

Liste des maladies épidémiques. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi sur la santé publique devait être dressée dans les six mois qui suivaient la promulgation de la loi (2).

C'est ce qui a été fait par décret du Président de la République, rendu sur le rapport du Ministre de l'intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France (3).

Cette liste est divisée en deux catégories.

Dans une première catégorie sont rangées les maladies

(1) Circulaire ministérielle du 12 juin 1903 aux préfets, relative à la fourniture des carnets à souche permettant la déclaration des cas de maladie par les médecins et sages-femmes. (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 2^e fascicule, p. 86.)

(2) Article 4 de la loi.

(3) Décret du 10 février 1903. (*J off.*, 20 février 1903) rapportant l'arrêté du 23 novembre 1893, portant désignation des maladies auxquelles sont applicables, en vertu de l'art. 4, les dispositions de la loi du 15 février 1902. (Hyg. publ., Législation et Réglementation; textes officiels, 2^e fascicule, p. 38.)

pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont *obligatoires*. Ce sont : 1° la fièvre typhoïde ; 2° le typhus exanthématique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la rougeole ; 6° la diphtérie ; 7° la suette miliaire ; 8° le choléra et les maladies cholériformes ; 9° la peste ; 10° la fièvre jaune ; 11° la dysenterie ; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ; 13° la méningite cérébro-spinale épidémique.

Dans une seconde catégorie sont rangées les maladies pour lesquelles la déclaration est *facultative*. Ce sont : 1° la tuberculose pulmonaire ; 2° la coqueluche ; 3° la grippe ; 4° la pneumonie et la broncho-pneumonie ; 5° l'érysipèle ; 6° les oreillons ; 7° la lèpre ; 8° la teigne ; 9° la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

Pour ces dernières, il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés, soit sur la déclaration des praticiens, soit à la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance.

*
* *

La nécessité de la déclaration a soulevé de vives polémiques et on a élevé contre elle de nombreuses objections.

On lui a reproché tout d'abord de porter une atteinte grave au principe du secret médical. La dénonciation à l'autorité publique des maladies épidémiques, si elle n'est pas aux yeux du législateur contraire au devoir professionnel du secret oblige en fait le médecin à y déroger. Cette exception au principe est fondée sur un motif d'utilité publique : le corps social a intérêt à connaître, dès son apparition, une maladie épidémique pour pouvoir prendre contre elle des mesures efficaces.

C'est, d'autre part, une formalité gênante pour le médecin. Elle le met dans la nécessité d'imposer à ses clients les désagréments, les ennuis multiples qui résultent de la désin-

fection obligatoire postérieure. Ceux-ci peuvent lui en garder rancune, et la loi cause alors un préjudice aux intérêts du médecin ; ou bien le médecin, dans la crainte de mécontenter ses clients, accède à leur désir de ne pas faire la déclaration nécessaire, et l'application de la loi s'en ressent. On aurait pu éviter facilement cet inconvénient, en imposant la déclaration non pas au médecin, mais au malade lui-même ou à sa famille. Il serait facile, en effet, de procéder de la manière suivante. Le médecin remplirait la feuille de déclaration extraite du carnet à souche, et la remettrait soit à la famille, soit au patron de l'atelier, soit au directeur d'école. L'un ou l'autre de ces derniers, par sa signature sur le talon du carnet, certifierait avoir reçu la feuille de déclaration, qu'il lui incomberait de porter à la mairie. L'obligation de faire la déclaration serait ainsi dévolue au malade, c'est-à-dire à celui à qui elle appartient de droit ; il la remplirait ou ne la remplirait pas à ses risques et périls. Cette manière de faire (1) présenterait de gros avantages pour tout le monde : la responsabilité du médecin serait couverte, l'obligation de la loi serait remplie et la susceptibilité des clients serait respectée.

Enfin la surveillance qu'exerce l'administration vis-à-vis des médecins est intolérable. Des tiers incompetents interviennent qui dénoncent le médecin à l'administration pour n'avoir pas fait la déclaration prescrite. En matière aussi délicate, il est inadmissible que l'on puisse admettre l'intrusion des personnes autres que les médecins. Ne sait-on pas en effet combien sont difficiles certains diagnostics de maladie ? Un directeur d'école par exemple est-il qualifié pour faire la distinction entre une rougeole et une rubéole, et lui sera-t-il permis d'obliger le médecin à justifier son diagnostic, si celui-ci ne fait pas la déclaration quand le premier la croyait nécessaire ? Le médecin est-il, oui ou non, seul obligé à la déclaration des maladies contagieuses ?

Les mesures sanitaires, quelles qu'elles soient, ne peu-

(1) Préconisée par le Dr Cauzard à la Société médicale de l'Elysée.

vent être appliquées qu'avec l'appui du médecin, et l'administration devrait bien se dire, une fois pour toutes, qu'il est inutile, dans l'intérêt même de la loi, de provoquer sa révolte ou tout au moins sa malveillance, en voulant procéder par intimidation. Croit-elle que le fonctionnement de la loi sera mieux assuré en usant de menaces vis-à-vis des médecins ? Ce serait une grande erreur de sa part. M. Monod, l'ex-directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, faisait une fausse manœuvre, quand il menaçait de la correctionnelle, dans un discours à l'Académie de médecine, les médecins qui se refusaient à déclarer les maladies épidémiques. Le préfet du Tarn faisait fausse route lorsqu'il se plaignait de voir les épidémies se développer dans son département sans que l'autorité publique en fût avisée, et qu'il rappelait aux médecins les prescriptions de la loi, en ajoutant qu'il considérerait de son devoir le plus strict de déférer au parquet les manquements qui lui seraient signalés. En pareille matière ce n'est pas la menace qui donne les meilleurs résultats, mais la simple persuasion.

DÉSINFECTION

La désinfection (1) est, comme nous l'avons vu, le complément normal de la déclaration. Elle est *obligatoire* pour tous les cas des maladies contagieuses indiquées par la loi. Les procédés de désinfection doivent être approuvés par le ministre de l'intérieur après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les *mesures de désinfection* sont mises à *exécution* dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus par les soins de l'autorité municipale, suivant les arrêtés du maire approuvés par le préfet; dans les communes de moins de 20.000 habi-

(1) Décret du 10 juillet 1906 portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection. (*J. off.* du 19 juillet 1906). — Article 7 de la loi sur la santé publique. — Article 26, dépenses du service de la désinfection.

tants, par les soins d'un service départemental. Un règlement d'administration publique (1) détermine les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à effectuer.

VACCINATION

La loi sur la santé publique (2) a rendu obligatoire la vaccination antivariolique au cours de la première année de la vie ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

C'est la première fois en France que le législateur intervient directement pour résoudre une question purement médicale. Mais c'est une excellente mesure réclamée par la presque unanimité du corps médical, qui a été sanctionnée par l'expérience dans d'autres pays, et dont l'application est justifiée par les faits et appréciée à sa juste valeur par l'épreuve du temps.

Il ne s'agissait pas toutefois, dans l'espèce, de créer de toutes pièces une organisation nouvelle : telle n'était pas l'intention des pouvoirs publics. Il paraissait d'abord indispensable, étant donné le danger de la syphilis vaccinale, d'autoriser exclusivement l'usage du vaccin animal. Or les sources de ce vaccin étaient déjà nombreuses en France dans les grandes villes. En outre plusieurs départements avaient déjà organisé avec succès la vaccination gratuite et distribuaient le vaccin d'une manière satisfaisante aux médecins et aux sages-femmes.

Il existait donc des ressources multiples qu'il n'y avait plus qu'à utiliser, et il suffisait de généraliser les organisations déjà existantes. Ainsi, sans grands frais nouveaux, en

(1) Décret du 7 mars 1903 (*J. off.* du 12 mars 1903) portant règlement d'administration publique sur les appareils à désinfection (en vertu de l'art. 7 de la loi). (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 2^e fascicule, p. 43.)

Circulaire ministérielle du 15 mars 1904 aux préfets sur la vérification et la mise en service des appareils de désinfection. (Hyg. publ. Législ. et Régl. Textes officiels, 4^e fascicule, p. 115.)

(2) Article 6.

utilisant les ressources déjà existantes, il était possible de satisfaire aux exigences de la nouvelle loi.

Tous les médecins étant appelés à assurer le service de la vaccination, il est indispensable pour eux d'en connaître à fond l'organisation récente (1).

MESURES CONCERNANT LA VACCINE 2. — *Vaccin. — Service de vaccine à l'Académie. — Etablissements préparant le vaccin.* — Les instituts vaccinaux tels qu'ils fonctionnaient déjà ont pu se mettre en mesure de satisfaire au surcroît de demandes qui étaient la conséquence de l'application de la nouvelle loi, sans que l'Etat soit obligé d'instituer d'autres établissements vaccinaux.

Mais il fallait instituer un établissement d'Etat chargé de contrôler les vaccins délivrés par les différents instituts et perfectionner la vaccine.

Aussi a-t-il été établi à l'Académie de médecine un service général de la vaccine (3) chargé : 1° de l'entretien des meilleures semences vaccinales ; 2° du perfectionnement de la production du vaccin et de la vaccination ; 3° des épreuves scientifiques que comporte le contrôle des établissements qui préparent ou distribuent le vaccin.

L'Académie de médecine adresse chaque année au Minis-

(1) DÉCRET DU 27 JUILLET 1903 portant règlement d'administration publique sur la vaccination et la revaccination en vertu de l'art. 6 de la loi du 15 février 1902. (*J. off.* 31 Juillet 1903). (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 3^e fascicule, p. 98.)

Circulaire ministérielle du 7 août 1903, aux préfets sur l'obligation de la vaccination et de la revaccination. (Hyg. publ. Législation et Réglementation. Textes officiels, 3^e fascicule, p. 103.)

Arrêté ministériel du 28 mars 1904 relatif aux obligations des praticiens chargés des services publics de vaccine. (Hyg. publ. Législ. et Régul. Textes officiels, 4^e fascicule, p. 117). — Instructions annexes approuvées par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France. (Rapport de M. Kelsch) (Id. p. 120).

Circulaire ministérielle du 30 mars 1904 aux préfets relative à la vaccination et revaccination obligatoires. Obligations des vaccinateurs : établissements vaccinogènes. (Hyg. publ. Législ. et Régul. Textes officiels, 4^e fascicule, p. 148.)

(2) Arrêté ministériel de 30 mars 1904 relatif à la tenue et au contrôle des établissements vaccinogènes. (Hyg. publ. Législ. et Régul. Textes officiels, 4^e fascicule, 126.) Instructions annexes approuvées par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France. (Rapport de M. Kelsch) (Id., p. 130.)

(3) Article 1 du décret du 27 juillet 1903.

tre de l'intérieur un rapport exposant le fonctionnement et les résultats des opérations vaccinales et indiquant le nombre des vaccinations et revaccinations pratiquées dans les départements, et spécialement dans les villes de plus de 20.000 habitants.

Des arrêtés ministériels prescrivent pour les établissements qui distribuent du vaccin, les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin (1).

Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique conformément aux dispositions arrêtées par le Ministre de l'intérieur.

Nul ne peut ouvrir un établissement destiné à préparer ou distribuer du vaccin sans avoir fait une déclaration préalable à la préfecture ou à la sous-préfecture.

Le vaccin peut être fourni par l'administration préfectorale sur la demande des médecins, ou fourni par les médecins eux-mêmes suivant les conditions d'indemnité acceptées.

MESURES CONCERNANT LA VACCINATION. — *Organisation du service de la vaccine.* — L'organisation du service de la vaccine est réglée par le Conseil général de même que le sont tous les services d'hygiène publique du département. Les médecins, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccine sont nommés par le préfet (2).

Le Conseil général doit se prononcer sur la création des circonscriptions vaccinales, sur le nombre et la répartition des séances gratuites, sur le mode de rémunération des médecins vaccineurs et sur l'approvisionnement des médecins en vaccin.

Le préfet de son côté désigne les vaccineurs et agents du service, les dirige et les contrôle dans ce qu'il y a nécessairement d'administratif dans l'accomplissement de leur mission (3).

(1) Article 3 du décret du 27 juillet 1903.

(2) Article 2 du décret du 27 juillet 1903.

(3) Circulaire du 7 août 1903.

Leurs obligations techniques et professionnelles sont déterminées par des arrêtés ministériels (1) et précisées par des instructions préfectorales.

Circonscriptions vaccinales. Médecins chargés du service.

— Chaque département doit être divisé en circonscriptions vaccinales. Leur nombre ne saurait être inférieur à celui des cantons pour ne pas créer des circonscriptions trop étendues où le service risquerait de ne pas être fait avec célérité et régularité. Il ne doit pas égaler non plus, dans l'esprit de l'administration, celui des médecins exerçant dans le département, pour ne pas enlever au préfet, d'une manière indirecte, son droit de nomination, qui n'existerait plus s'il était obligé de pourvoir d'une circonscription tous les praticiens du département.

Il aurait été logique de confier ce service au médecin des épidémies, qui a déjà pour mission d'appliquer les mesures propres à arrêter l'extension de la variole. Ce service rentrerait par conséquent dans ses attributions. Mais le vaccinateur serait astreint à des déplacements sortant de son rayon d'action habituel, qu'il faudrait compenser par des honoraires plus élevés. Il y a donc intérêt au point de vue financier, pour le département, d'avoir des circonscriptions moins étendues.

Or c'est dans cet ordre d'idées, qu'ont été organisés dans tous les départements, les circonscriptions d'inspection médicale des enfants du premier âge et des écoles publiques. Il est donc tout naturel que l'on ait ajouté aux fonctions des médecins chargés déjà de ces services, le soin d'opérer les vaccinations gratuites.

Mais une objection peut être faite; c'est que le remaniement des circonscriptions des enfants du premier âge est opéré par l'administration préfectorale, tandis que celui des circonscriptions vaccinales doit revenir au Conseil général.

En outre, la plupart des syndicats médicaux ont protesté

(1) Arrêté ministériel du 28 mars 1904.

contre l'exclusion du service de la vaccine des médecins qui ne sont pas inspecteurs des enfants du premier âge. C'est encore là, disent-ils, une atteinte portée au libre choix du médecin par le malade. Tous les médecins devraient être admis au service de la vaccination.

Les circonscriptions actuelles seraient maintenues, mais chaque médecin en aurait une, ce qui ne serait pas pour déplaire à l'administration puisque ainsi les frais de déplacement seraient réduits au minimum. La participation de tous les médecins au service de la vaccine n'entraînerait donc que le partage de certaines circonscriptions actuelles, sans augmentation de frais, le nombre des communes et des vaccinés restant le même.

D'autre part, pour favoriser la liberté des assujettis, on devrait créer des *bons de vaccine gratuite*. Les personnes non indigentes peuvent se faire vacciner chez leur médecin habituel, à condition de produire ensuite un certificat constatant que cette vaccination a été faite. Pourquoi les personnes indigentes ou celles qui veulent profiter de la gratuité ne pourraient-elles pas se faire vacciner également par leur médecin habituel ? Pour cela elles n'auraient qu'à demander un bon individuel de vaccination gratuite, et qu'à se rendre à l'une des séances gratuites qui ont lieu dans les salles communes de la mairie le jour où le médecin qu'elles désirent pratiquerait la vaccination, jour qui est indiqué sur les affiches.

Ce projet aurait l'avantage d'assurer la liberté aux non indigents de se faire vacciner gratuitement, et aux indigents de se faire vacciner par le médecin de leur choix.

Obligation de la vaccination. — Les parents ou tuteurs sont tenus (1) d'envoyer leurs enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à l'opération vaccinale et à la constatation des résultats de cette opération au cours de la séance de revision.

(1) Article 4 du décret du 27 juillet 1903.

Toutefois ils peuvent satisfaire à cette obligation en déposant à la mairie un certificat, délivré par un médecin ou une sage-femme, justifiant que ces opérations ont été pratiquées par eux, et en indiquant la date et le résultat.

Après la dernière séance de revision concernant sa commune (1), le maire prévient par avertissement individuel les parents ou tuteurs, qui n'ont pas satisfait aux obligations inscrites dans le décret, qu'ils sont tenus de présenter avant la fin de l'année, durant laquelle leurs enfants sont soumis à la vaccination ou à la revaccination, un certificat conforme à celui prévu par le décret.

A l'expiration de ce délai, le maire ou le commissaire de police dresse contre ceux qui n'ont pas fourni cette justification un procès-verbal constatant la contravention à la loi, et le transmet immédiatement au magistrat chargé des fonctions du ministère public près le tribunal de simple police.

L'étranger qui a établi sa résidence en France est soumis pour lui-même et pour ses enfants aux prescriptions du règlement dans le lieu de sa résidence (2).

Liste des personnes soumises à la vaccination et revaccination obligatoires (3). — Cette liste est dressée par le maire 15 jours avant l'époque des vaccinations.

Elle comprend :

1° Pour la première vaccination :

1) Les enfants de plus de trois mois et de moins d'un an le jour de la séance, nés dans la commune et relevés sur les registres de l'état civil.

2) Les enfants du même âge nés dans une autre localité et résidant dans la commune.

3) Les enfants plus âgés n'ayant pu être vaccinés antérieurement pour une raison quelconque.

(1) Article 11 du décret du 27 juillet 1903.

(2) Article 10 du décret du 27 juillet 1903.

(3) Article 6 du décret du 27 juillet 1903.

4) Les enfants antérieurement vaccinés qui doivent subir une nouvelle vaccination, la première ayant échoué.

2° Pour la première revaccination :

Les enfants inscrits dans les écoles qui sont entrés dans leur onzième année le jour de la séance, et ceux qui, quel que soit leur âge, n'auraient pas subi la vaccination ou première revaccination. Cette liste est établie d'après l'état civil, les renseignements fournis par les directeurs des établissements d'instruction publics ou privés, et la déclaration des parents des enfants qui reçoivent l'instruction à domicile.

3° Pour la deuxième revaccination :

Les personnes au cours de la vingt et unième année qui résident dans la commune.

4° Une liste supplémentaire pour toutes les personnes dont la vaccination doit être renouvelée pour cause d'insuccès, et celle dont la vaccination a dû être ajournée.

Séances de vaccination. — Les séances de vaccination gratuite (1) et les séances de revision des résultats de ces opérations ont lieu habituellement deux fois par an au printemps et en automne dans toutes les communes de plus de 1.000 habitants, une seule fois dans les autres. Le lieu, la date et l'heure en sont déterminés par le maire de chaque commune, de concert avec le médecin, et portés à la connaissance du public par voie d'affiches cinq jours à l'avance. Ces affiches rappellent en outre les obligations légales des parents ou tuteurs et les pénalités qu'ils encourent.

Dans les localités très voisines, ces séances peuvent avoir lieu alternativement dans l'une ou dans l'autre, afin d'éviter aux médecins des déplacements trop multiples, tout en donnant aux familles les facilités auxquelles elles ont droit.

L'ajournement des séances (2) a lieu si, à l'époque prévue pour les séances, règne une épidémie autre que la variole

(1) Article 4 du décret du 27 juillet 1903.

(2) Article 5 du décret du 27 juillet 1903.

dans les localités intéressées. Si la maladie épidémique est la variole, des séances de vaccination sont pratiquées d'urgence en évitant le contact des habitants des quartiers contaminés.

Contrôle de la vaccination. — Le médecin vaccinateur inscrit sur les listes en regard de chaque nom la date de la vaccination et ses résultats, soit que le sujet ait été vacciné au cours d'une des séances, soit que les parents ou le tuteur de ces derniers aient produit un certificat de vaccine (1).

Au cas où le médecin vaccinateur estime que le sujet qui lui est présenté ne peut être vacciné à cause de son état de santé, ou s'il lui est présenté un certificat signé du médecin traitant constatant la même impossibilité, il est fait mention de cette impossibilité sur la liste en regard du nom de l'intéressé (2).

Dans le cas d'insuccès la vaccination doit être renouvelée une deuxième et au besoin une troisième fois à la prochaine séance de vaccination. Il est dressé une liste supplémentaire où sont inscrites les personnes dont la vaccination doit être renouvelée ou celles dont la vaccination a été ajournée (3).

Après vérification du succès de chaque vaccination, ou après la troisième tentative, le médecin vaccinateur délivre aux parents ou tuteurs des personnes soumises à l'opération et à ceux qui ont présenté un certificat de vaccine, un certificat individuel attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi (4).

Copie des listes de vaccination est envoyée à la sous-préfecture par les maires à l'issue des séances ou, au plus tard, au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Rémunération des médecins. — *Tarif des vaccinations gratuites.* — La rémunération à allouer aux médecins chargés

(1) Article 7 du décret du 27 juillet 1903.

(2) Article 8 du décret du 27 juillet 1903.

(3) Article 8 du décret du 27 juillet 1903.

(4) Article 8 du décret du 27 juillet 1903.

de procéder aux vaccinations gratuites est assurée par le département. Elle peut être faite de différentes manières :

1° Par un forfait, le même pour tous les médecins du département.

2° Par un forfait tenant compte de la moyenne annuelle des vaccinations à opérer et des déplacements nécessités.

3° Au moyen d'une somme fixe par séance pratiquée, en y ajoutant des frais de déplacement.

L'allocation d'une somme fixe par séance n'est proportionnelle ni au temps, ni aux peines que s'imposent les médecins, la rémunération étant la même au lieu de leur résidence ou dans les communes éloignées. Il faut tenir compte des déplacements.

Dans la rémunération à allouer aux médecins il faut donc distinguer trois sortes d'indemnités : 1° une indemnité pour chaque opération pratiquée; 2° une indemnité pour chaque séance publique; 3° une indemnité de déplacement pour les opérations pratiquées en dehors de la résidence du médecin.

C'est ce qui a été bien compris dans l'Oise en particulier, où l'on alloue aux médecins une indemnité de 0 fr. 50 par opération, plus 1 fr. 50 pour chaque séance publique, et une indemnité de déplacement de 0 fr. 50 par kilomètre.

En outre, quel que soit le nombre de vaccinations pratiquées dans une séance, il est garanti au médecin un minimum de 10 francs pour chaque séance.

Le prix d'une opération à domicile est fixé à 1 franc.

Les médecins de l'Oise ne peuvent que se féliciter de l'adoption de ce tarif, qui, contrairement aux autres rémunérations officielles, est largement suffisant et même avantageux pour eux.

Il n'en est pas toujours de même dans d'autres départements, où les tarifs sont absolument différents selon le mode de tarification adopté par chaque Conseil général. Ainsi dans l'Aisne, la Somme, la Seine-et-Marne, il est alloué 1 franc par personne vaccinée avec constatation du résultat, le vaccin étant à la charge du département; dans la Seine-et-Oise,

1 franc par personne vaccinée, le vaccin étant à la charge des vaccinateurs (peu avantageux); dans l'Eure, 0 fr. 50; dans le Nord, forfait de 3 francs par 100 habitants; dans la Seine-Inférieure, 0 fr. 25 avec indemnité de 1 fr. 50 par séance, et de 0 fr. 20 par kilomètre parcouru sans retour, la visite à domicile étant de 1 franc; dans l'Indre, 0 fr. 30 avec indemnité de 1 franc par kilomètre sans retour; dans le Calvados, 0 fr. 25 et 0 fr. 50 hors de la résidence.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE. — L'organisation du service est encore trop récente pour que l'on ait pu centraliser les résultats de son fonctionnement. Aussi en donnerons-nous seulement l'aperçu suivant.

Dans l'Oise, en 1905 (1), le service a fonctionné dans 671 communes représentant une population de 385.829 habitants; il n'a pas fonctionné dans 30 communes représentant une population de 21.979 habitants.

Il y a eu 23.446 inscrits d'office, et 3.007 à titre facultatif, au total 26.453. 23.092 se sont présentés aux séances: 1.136 ont produit un certificat; 192 se sont excusés; 2.033 n'ont pas répondu aux convocations.

Il n'y a pas eu d'opposition systématique à la loi et les défaillances qui se sont produites doivent être attribuées à la négligence de certains maires.

Les médecins, chargés de la vaccination officielle, n'ont pas à faire appliquer la loi; ils n'ont pas à exiger un certificat de toutes les personnes à vacciner qui ne se présentent pas. Après chaque séance de vaccination, ils font un rapport; là se borne leur rôle. C'est aux autorités compétentes à faire observer la loi.

ÉPIDÉMIES

Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de

(1) Rapport du préfet de l'Oise à la session d'avril 1906.

défense locaux sont reconnus insuffisants (1), un décret du Président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie. Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue pour un temps déterminé le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat. Les décrets et actes administratifs qui poursuivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal Officiel*.

Ces mesures remplacent celles qui avaient été édictées par la loi du 3 mars 1822 sur les maladies épidémiques et pestilentielles. Cette loi était une loi d'exception, votée hâtivement sous l'empire de la peur, pour garantir la France contre la terrible épidémie de fièvre jaune qui dévastait alors l'Espagne. Elle dépassait le but qu'elle se proposait d'atteindre, par son excessive sévérité qui punissait de mort, de travaux forcés, ou d'amendes énormes, les infractions commises. Aussi était-elle inapplicable.

Médecins des épidémies. — Il existe habituellement un médecin des épidémies par arrondissement, sauf dans les arrondissements de quelques chefs-lieux où ils sont plusieurs.

Ils sont nommés par le préfet, et sont sous les ordres de l'Inspecteur général des services sanitaires.

Lorsqu'une épidémie éclate, ils en sont informés par l'autorité compétente; ils se transportent sur les lieux, font une enquête, et prennent les mesures nécessaires pour enrayer le fléau.

Ils préviennent le sous-préfet et rédigent des rapports circonstanciés qui sont adressés au ministre et communiqués à l'Académie de médecine.

(1) Article 8 de la loi sur la santé publique.

Ces rapports peuvent valoir à leurs auteurs des récompenses honorifiques, telles que médailles, mentions. C'est une façon de récompenser leur travail, avantageuse pour les pouvoirs publics, car elle leur permet de ne donner aux médecins qui sont chargés de ce service public qu'une indemnité nulle ou dérisoire de 6 à 9 francs par jour de dérangement, lorsqu'ils sont chargés d'une mission officielle. Ils ont droit en outre au remboursement de leurs frais de déplacement.

La nouvelle loi sur la santé publique, en augmentant les attributions des médecins des épidémies, force les départements à réorganiser ce service.

Ainsi dans l'Oise, il a été créé des circonscriptions cantonales, et il y a maintenant un médecin des épidémies par canton et un médecin des épidémies par arrondissement.

Le médecin cantonal des épidémies est nommé pour trois ans par le préfet. Il est avisé de toutes les déclarations des maladies épidémiques de sa circonscription.

Le médecin des épidémies d'arrondissement est également nommé pour trois ans par le préfet. Il centralise toutes les informations sanitaires ; il procède à des enquêtes sur place pour rechercher les causes des épidémies et indique les mesures à prendre.

Il fait un rapport tous les trois mois au sous-préfet :

1° Sur les conditions générales de l'hygiène dans l'arrondissement ;

2° Sur les épidémies observées et les mesures prises ;

3° Sur les observations générales ou particulières relatives à l'état sanitaire de l'arrondissement.

Le travail demandé à ces médecins devant être plus important dans l'avenir, il a paru légitime au préfet de l'Oise de proposer au Conseil général de donner une indemnité fixe annuelle de 100 francs aux médecins cantonaux, et de 200 francs aux médecins d'arrondissement. Il peut y avoir cumul pour les deux fonctions et les deux indemnités de médecin cantonal et de médecin d'arrondissement.

Ces indications relatives au service des épidémies dans l'Oise peuvent être utiles aux médecins des autres départements, qui voudront réclamer les mêmes avantages.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Considérations générales. — L'inspection médicale des écoles est très importante au double point de vue de la transmission des maladies contagieuses par les écoles et de la morbidité et mortalité infantiles. L'école est une habitation collective qui subit toutes les causes d'insalubrité inhérentes à l'encombrement; elle doit donc préoccuper à juste titre l'esprit des hygiénistes, et la loi sur la santé publique, qui est maintenant en vigueur sur toute l'étendue du territoire français, risquerait de rester sans effet si l'on négligeait de surveiller la salubrité scolaire.

L'école est en effet le foyer de propagation le plus actif des maladies contagieuses: l'enfant est extrêmement impressionnable aux atteintes de ces maladies, et dès qu'un germe microbien a pénétré dans ce milieu infantile, il s'y dissémine et s'y ensemence avec la plus grande rapidité. Il est donc particulièrement utile de veiller à la prophylaxie de ces maladies dans les milieux scolaires, et c'est pourquoi une inspection médicale bien comprise des écoles est absolument nécessaire.

En outre c'est un puissant moyen d'enseignement pour faire pénétrer dans les masses les principes de l'hygiène qui y sont malheureusement trop ignorés. C'est une façon certaine de former une jeune génération imbue des notions de propreté, sachant apprécier les services que rendent l'antisepsie, la désinfection, l'isolement, et devant faciliter par conséquent dans l'avenir l'application des lois sur l'hygiène et la salubrité publiques.

La loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire a inscrit dans son article 9 le principe de l'inspection médicale des écoles.

Or à cette époque, les services médicaux des départements n'étaient pas créés; les médecins, excepté en ce qui concerne l'inspection des enfants du premier âge, n'étaient pas en rapport avec l'administration départementale; il n'était pas facile par conséquent à celle-ci de créer une organisation de l'inspection des écoles sur laquelle elle pût avoir une surveillance effective. Aussi avait-elle dû laisser le soin de cette organisation à chaque commune en particulier. Mais la plupart de ces communes, n'étant pas tenues par la loi, négligeaient, soit par indifférence, soit par raison d'économie, d'assurer le fonctionnement de ce service d'inspection.

En outre dans les communes qui avaient pris cette initiative le service d'inspection existait nominativement mais son fonctionnement était illusoire. La raison en était bien simple : un médecin unique était choisi par la municipalité; et comme il ne recevait aucun traitement ou un traitement dérisoire, il considérait ses fonctions comme purement honorifiques et ne se souciait pas de déployer un zèle dont personne ne lui aurait su gré.

« Non soutenus par les confrères mis de côté, dit le Dr Jeanne (1), critiqué par les familles dont il a mis les bébés en quarantaine, rappelé à l'ordre à cause de ses rigueurs par la municipalité qui l'a choisi, l'inspecteur unique ne tarde pas à fermer les yeux sur les faits qu'il devait observer et signaler, c'est-à-dire à ne plus faire son devoir. » Tandis que si les municipalités avaient eu l'habileté de faire assurer le service par tous les médecins de la localité au moyen d'un roulement hebdomadaire, chacun d'eux aurait mis son point d'honneur à remplir consciencieusement le devoir qui lui aurait incombé, devoir que les médecins avaient été les premiers à réclamer.

(1) Dr JEANNE, L'inspection médicale des écoles.

Aujourd'hui les conditions ne sont plus les mêmes. Les services départementaux d'assistance et d'hygiène sont organisés dans tous les départements, et il serait facile de se servir du cadre de cette organisation pour instituer sérieusement le service d'inspection des écoles.

Et si ce service ne fonctionne pas encore, la faute en revient à l'Etat qui, depuis vingt ans qu'est votée la loi décrétant l'inspection médicale des écoles, n'a rien fait sous prétexte que cette organisation incombe aux communes et aux départements, et que l'inspection doit être exercée par des médecins inspecteurs communaux et départementaux. La loi du 19 juillet 1889, qui énumère tous les services de l'enseignement primaire de même que les traitements qui leur sont appliqués, ne fait, il est vrai, aucune mention des inspecteurs médicaux.

Cependant en 1904, sur la proposition de M. Vaillant, la Chambre des députés a adopté la résolution suivante : « Le gouvernement est invité à commencer et à poursuivre, conformément aux dispositions à cet effet des lois du 30 octobre 1886 (article 9) et du 19 juillet 1889 (article 2) et avec le concours des départements et des communes, l'organisation de l'inspection médicale des établissements d'instruction primaire publics ou privés. »

Il y a donc tout lieu de supposer que d'ici peu de temps ce nouveau service fonctionnera dans tous les départements, de façon à compléter les autres services organisés pour l'exécution de la loi sur la santé publique.

Attributions des médecins inspecteurs des écoles. — Les attributions des médecins inspecteurs des écoles sont les suivantes :

1° Ils examinent les locaux, les classes, les cours, les cabinets pour y faire appliquer les mesures de salubrité et d'hygiène élémentaires en ce qui concerne la ventilation, le chauffage et l'éclairage.

2° Ils constatent l'état sanitaire des enfants et surveillent

leur santé principalement sous le rapport de la myopie, des conjonctivites, des végétations adénoïdes, des maladies parasitaires (phtiriasse, gale, impetigo, teigne, pelade).

Ils surveillent l'éclosion des maladies épidémiques telles que variole, scarlatine, rougeole, oreillons, coqueluche, croup, fièvre typhoïde, érysipèle, et provoquent le renvoi des contagieux dont la réintégration ne peut se faire qu'avec un certificat de guérison du médecin inspecteur. Ils peuvent même réclamer la fermeture de l'école si cela leur paraît nécessaire. Ils doivent présider enfin à la stricte application des mesures de désinfection.

Pour toutes les prescriptions hygiéniques à appliquer dans les écoles primaires publiques, on peut se reporter à l'*arrêté ministériel du 18 août 1893*. Le règlement modèle qui y est annexé indique : 1^o les mesures générales à prendre pour éviter l'éclosion des maladies contagieuses; 2^o les mesures générales à prendre en présence d'une maladie contagieuse; 3^o les mesures particulières à prendre pour chaque maladie contagieuse.

Il n'y a qu'à Paris et dans le département de la Seine, ainsi que dans quelques grandes villes, que le service d'inspection médicale des écoles fonctionne de façon satisfaisante.

Il a été réglementé pour Paris par l'arrêté du Préfet de la Seine du 15 décembre 1883. Il comprend 114 médecins inspecteurs, qui sont nommés par le préfet pour trois ans. Ils ont un traitement de 800 francs. Ils doivent visiter deux fois par mois les écoles et salles d'asile de leur circonscription et font des visites supplémentaires sur réquisition. Ils con-signent le résultat de leurs constatations sur un registre, et font parvenir dans les vingt-quatre heures au maire un bulletin sanitaire.

A Lyon, leur traitement est de 1.500 francs. Dans la plupart des grandes villes ce service est assuré également de façon satisfaisante.

Dans le reste de la France, les crédits sont insuffisants

pour payer convenablement les médecins inspecteurs; aussi ne remplissent-ils pas sérieusement leurs fonctions.

Il serait donc désirable que le fonctionnement des services d'inspection médicale des écoles sortît de l'état embryonnaire où il a été renfermé depuis si longtemps, et atteignît d'ici peu le complet développement qu'il doit avoir. Les médecins doivent y aider dans la mesure de leurs moyens et de leur influence auprès des pouvoirs publics. Mais ils doivent réclamer diverses garanties.

Le service doit être organisé par le département et ne doit pas être laissé aux caprices des municipalités. L'organisation déjà faite des autres services médicaux départementaux facilite d'ailleurs singulièrement la tâche.

Ainsi que pour toutes les autres fonctions médicales administratives, il faut réclamer pour celle-ci la participation de tous les médecins sans distinction au service. On ne saurait trop s'élever dans le corps médical contre la faculté qui est laissée aux préfets de créer une classe spéciale de médecins fonctionnaires.

En outre, il faudrait assurer aux médecins inspecteurs une juste rémunération de leur travail; les départements ne doivent pas hésiter à alourdir leur budget pour compléter l'organisation de leur service d'hygiène publique, qui serait défectueux sans l'inspection médicale des écoles.

POLICE SANITAIRE MARITIME

Médecins sanitaires maritimes

Les médecins sanitaires maritimes ont été créés par le décret du 4 janvier 1896 portant règlement général de police sanitaire maritime. Ils subissent un examen écrit, oral et pratique. Ils doivent, pendant leur navigation, faire appliquer le règlement de 1896, en signaler les non applications par les

compagnies de navigation, tenir un livre de bord et fournir au ministère un rapport annuel.

Ils sont soumis aux lois de l'inscription maritime.

Ils usent de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à leur disposition pour préserver le navire des maladies pestilentielles, exotiques et autres maladies contagieuses graves, et pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire apparition à bord, de se propager parmi le personnel confié à ses soins et dans les divers ports touchés par le navire.

Ils sont choisis par le ministre de l'intérieur, mais sont payés par les compagnies et dépendent étroitement d'elles. Ils sont les salariés, les employés des compagnies privées, quoique remplissant une fonction publique. Leur devoir de fonctionnaires et leur intérêt d'employés peuvent donc en certains cas être en opposition. Une déclaration d'épidémie régnant à bord entraîne une quarantaine et peut occasionner un désastre pour une compagnie. Si le médecin sanitaire maritime fait cette déclaration, la compagnie lui en saura mauvais gré et aura tendance à tenir en disgrâce celui qu'elle considère comme responsable de ce désastre. On comprend facilement combien est délicate la situation de ce médecin qui est obligé de faire respecter un règlement qui, à chaque instant, lèse les intérêts de celui qui le paie.

Il serait donc souhaitable, pour qu'ils aient leur indépendance à bord, que les médecins sanitaires maritimes non seulement fussent nommés par l'Etat, mais encore fussent appointés par lui.

Les appointements des médecins sanitaires maritimes sont en général insuffisants. Ils touchent en moyenne 250 francs par mois, et sont logés et nourris. La Compagnie des transatlantiques et celle des Messageries maritimes sont celles qui leur offrent les situations les plus acceptables.

Aux Messageries maritimes, les appointements sont de 175 francs par mois pour débiter, puis de 200 et de 300 francs après plusieurs années de voyage. Après avoir rempli leurs

fonctions dans une station sous les tropiques pendant trois ans environ, ils peuvent aspirer au maximum d'honoraires, c'est-à-dire à 500 francs par mois.

A la Compagnie générale transatlantique, 300 francs par mois sur les lignes de New-York et des Antilles, 150 à 200 francs sur celle de la Méditerranée.

A la Compagnie Fraissinet, 200 francs sur les lignes du Levant et de l'Asie Mineure, 300 francs sur celle du Brésil et de la Plata.

Aux Chargeurs réunis, 500 francs par traversée, aller et retour, jusqu'à la Plata. La traversée dure trois mois.

Aux Transports maritimes, 250 francs par mois.

La situation de médecin sanitaire maritime est donc peu rémunératrice et ne peut être considérée que comme un poste d'attente.

*
* *

La loi de 1902 a eu de très heureux effets. C'est une mesure nécessairement utile que celle qu'elle prend en édictant la vaccination obligatoire par exemple, en organisant les services de désinfection pour les maladies contagieuses. Est-ce à dire qu'elle échappe à toute critique ? Ceci serait exagéré.

Il y a surtout trois points sur lesquels il sera bon d'attirer à nouveau l'attention des pouvoirs publics.

D'abord la loi ne songe pas assez à rémunérer les personnes qui sont chargées de son application ; leur zèle pourrait se ralentir avec le temps et les exigences de la vie.

En second lieu, c'est le maire qui, dans les communes, est chargé de l'application de la loi ; or, sur les 36.000 maires de France, combien en est-il qui soient compétents en hygiène et soient capables de faire observer les mesures hygiéniques nécessaires, qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes ? En outre, la politique s'en mêlant, le maire craindra de mécontenter ses électeurs, s'il fait une application trop stricte de la loi.

Enfin, cette loi a été dotée de ressources quelque peu problématiques; Etat, départements et communes se renvoient mutuellement les charges, et les médecins en particulier ont appris que c'était là un excellent système pour ne pas payer ceux que l'on met à la peine.

CHAPITRE IV

ASSURANCE ET PRÉVOYANCE SOCIALES

Loi sur les Accidents du travail du 9 avril 1898

Considérations générales. — La loi sur les accidents du travail est d'une importance capitale pour le médecin : tout médecin peut être appelé, depuis la mise en vigueur de la loi de 1898, à fournir un certificat ou un rapport d'expertise sur un accident du travail, aussi bien qu'à donner ses soins à la victime de cet accident.

Or, la portée de la loi de 1898 est considérable ; si l'industrie seule jusqu'à présent a été soumise à la loi, bientôt elle régira aussi le commerce et l'agriculture (1) ; la plus grande partie de la clientèle médicale se trouvera ainsi englobée dans sa réglementation.

Tout médecin doit donc compléter son éducation professionnelle par l'étude de la médecine légale des accidents, par la connaissance des dispositions législatives, des règlements administratifs et des décisions jurisprudentielles, qui s'appliquent aux accidents du travail.

Il est donc nécessaire de donner à notre exposé tous les développements qu'il comporte.

Nous laisserons seulement de côté l'étude nosographique

(1) M. Viviani, ministre du travail, a déposé le 5 novembre 1906 à la Chambre un projet de loi donnant aux ouvriers agricoles le bénéfice de la loi.

des maladies médicales et chirurgicales qui peut éclairer le médecin expert, question purement médicale, pour aborder le véritable sujet qui nous intéresse, les conséquences matérielles et professionnelles de la loi.

Donnons, tout d'abord, un rapide aperçu historique.

La première proposition de loi sur les accidents du travail fut déposée le 29 mai 1880 par M. Martin Nadaud à la Chambre. Un premier texte de loi fut voté le 23 octobre 1884 par la Chambre, mais ne put venir en deuxième délibération par suite de la clôture de la législature. Ce ne fut que quatorze ans plus tard, peu de temps avant la clôture de la législature de 1893, le 26 mars 1898, que la Chambre adoptait enfin définitivement le projet de loi qui est entré en vigueur le 1^{er} juin 1899.

Avant cette loi, l'ouvrier victime d'un accident ne pouvait obtenir d'indemnité qu'à la condition de prouver qu'il y avait eu faute du chef d'entreprise ou de ses préposés et en s'appuyant sur les articles 1382 et 1383 du Code civil, qui rend responsable d'un dommage celui qui l'a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. Or cette faute était très difficile à établir et les victimes d'accidents restaient bien souvent incapables de travailler et sans ressources, en raison de l'impossibilité dans laquelle ils étaient de prouver la faute du patron. La loi de 1898 renverse le fardeau de la preuve en matière d'accidents du travail : le patron est présumé responsable de l'accident. Cette loi d'ailleurs a été remaniée depuis par les lois du 30 juin 1899, du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905. Des décrets et des circulaires ministérielles en ont précisé l'esprit et la portée.

Domaine de la loi. — A quelles industries s'applique la loi? Dans quelles conditions l'ouvrier devra-t-il se trouver pour bénéficier de la nouvelle loi?

Il est fort utile, pour le médecin, de pouvoir répondre à ces questions; car, suivant les hypothèses, son rôle sera

différent. Cette connaissance de la loi lui permettra de savoir notamment s'il peut compter ou non sur les garanties que lui donne la loi de 1898, pour le paiement de ses honoraires.

L'article 1 de la loi de 1898 a énuméré limitativement les industries assujetties.

Il spécifie nettement que les industries suivantes rentrent dans le cadre de la loi. Ce sont : les industries du bâtiment, usines et manufactures, chantiers, entreprises de transport par terre ou par eau, entreprises de chargement et de déchargement, magasins publics, mines, minières et carrières.

Puis, comme il ne peut faire une énumération complète, il englobe dans un texte général, les exploitations dans lesquelles sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, les exploitations dans lesquelles il est fait usage d'une force autre que celle de l'homme ou des animaux, et les exploitations agricoles dans lesquelles il est fait usage de moteurs inanimés; de sorte que la jurisprudence sera nécessairement obligée d'intervenir et de fixer les hypothèses douteuses, ce qui est regrettable, mais qu'il était difficile d'éviter, dans une loi à portée aussi générale.

En résumé, on peut dire que la loi s'applique à presque toutes les industries, petites et grandes.

Dans quel cas, dès lors, un ouvrier faisant partie d'une industrie rentrant dans les catégories légales bénéficiera-t-il de la loi?

Il faut qu'il ait été victime d'un *accident du travail*.

Or qu'entend-on par accident du travail?

Il est caractérisé en général par l'action soudaine d'une cause violente, fortuite, extérieure, à la suite de laquelle s'est produite une lésion physique ou un trouble nerveux. Ne rentrent donc pas dans cette définition les maladies professionnelles qui ne sont que la résultante de l'action continue et prolongée de causes extérieures. Toutefois elles ne tarderont probablement pas à rentrer dans le domaine de la loi (1).

(1) Le ministre du commerce a déposé à cet effet, le 14 mai 1905, un projet de loi sur le bureau de la Chambre.

Une deuxième condition est nécessaire pour qu'il y ait accident du travail aux termes de la loi : il faut que l'accident soit survenu *par le fait ou à l'occasion du travail*, que le travail soit la cause directe ou occasionnelle de l'accident, et qu'il ait été exécuté sous l'autorité et la surveillance du patron.

Enfin, pour bénéficier de la loi, il faut que l'ouvrier ou l'employé soit lié par un contrat de louage de service à un patron qui dirige une industrie assujettie au risque professionnel.

Ceci posé, quelles sont les conséquences de l'accident?

EFFETS JURIDIQUES DE L'ACCIDENT. — *Incapacité de travail et indemnités.* — La victime d'un accident a droit à une réparation.

Jusqu'à l'époque de la consolidation de la blessure, le blessé a droit, outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation (1) que réclame son état, à une indemnité journalière de la moitié de son salaire (2).

Lorsque la blessure est considérée comme consolidée, on peut dès lors envisager les suites réelles de l'accident, ses conséquences sur la capacité de travail de l'ouvrier, et proportionner l'indemnité à la gravité de ces conséquences.

Si l'ouvrier est dans l'impossibilité dans l'avenir de se livrer à aucun travail utile, il y a incapacité permanente totale : il reçoit une pension égale aux deux tiers de son salaire. Si la capacité de travail est seulement réduite, il y a incapacité permanente partielle et sa pension est égale à la moitié de la diminution subie du fait de l'accident; en cas de mort enfin, il est attribué aux ayants droit une rente proportionnelle au salaire annuel (3).

Le taux des indemnités (4) varie donc suivant le degré d'incapacité subi par la victime.

(1) Articles 4, 15.

(2) Article 3, par. 1.

(3) Articles 3, 15.

(4) Articles 3, 15, 16, 20.

Outre les indemnités précitées, la victime a droit aux frais médicaux et pharmaceutiques.

La loi s'occupe aussi, dans le même ordre d'idées, des moyens d'apprécier le salaire qui doit servir de base à l'indemnité (1), des caractères, du mode (2) et des garanties (3), du paiement de l'indemnité.

Procédure. — C'est au chef d'entreprise qu'appartient le soin de déclarer au maire de la commune, dans les quarante-huit heures, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail (4).

La déclaration une fois faite, le maire (5) transmet le dossier au *juge de paix* qui procède à une enquête (6) dans un délai de dix jours. Un certificat médical est rédigé.

Si ce certificat médical prévoit une incapacité permanente, le juge de paix se déclare incompétent (7) et transmet le dossier au président du tribunal civil. On comprend dès lors l'importance du certificat sur les suites de l'affaire; nous y reviendrons.

Le *président du tribunal* fait comparaître les parties devant lui, en audience de conciliation, et, en cas d'accord entre elles, rend une ordonnance de conciliation (8) fixant le montant de la rente.

Si la blessure n'est pas encore consolidée, la comparution est renvoyée à une date ultérieure, et un expert est désigné pour déposer un rapport dans un délai de huit jours sur les conséquences de la blessure et le degré d'incapacité qui en résulte.

En cas de désaccord, le président dresse un procès-verbal de non conciliation et renvoie les parties devant le tribunal de 1^{re} instance.

(1) Articles 8, 10.

(2) Articles 3, 9, 13, 14, 16, 17.

(3) Articles 23, 24, 25, 26, 27, 28.

(4) Articles 11 et 14.

(5) Articles 11 et 12.

(6) Articles 12 et 13.

(7) Article 15, al. 3.

(8) Article 16, al. 2.

Le *tribunal* (1) après enquête et expertise, rend alors un jugement fixant le montant de la rente.

Les indemnités accordées soit par le juge de paix, soit par le président du tribunal, soit par le tribunal lui-même, ne sont pas définitives. En cas d'aggravation ou d'atténuation de l'infirmité, la victime ou le chef d'entreprise peuvent, pendant un délai de trois ans, introduire une instance en *revision* (2).

La loi règle encore les questions de prescription 3, d'assistance judiciaire (4) aux victimes, de garantie des frais médicaux, funéraires, des indemnités temporaires et des indemnités pour infirmités permanentes ou décès 5.

Elle assure la gratuité de tous les actes faits en vertu de la loi (6), et édicte des sanctions pénales (7). Ce sont des points de détail pour lesquels nous renvoyons aux textes eux-mêmes.

*
*
*

Ce qu'il nous faut maintenant, c'est envisager le médecin assumant les diverses tâches que la loi met à sa charge.

Rôles du médecin

Au cours de la procédure, l'intervention du médecin peut se produire sous diverses formes (8).

Le médecin est appelé à donner ses soins à la victime, soit qu'il ait été choisi par le patron, soit par la victime elle-même (9).

Le patron peut charger le médecin de le renseigner hebdomadairement comme c'est son droit, sur l'état de la

(1) Article 16, al. 4.

(2) Article 19.

(3) Article 18.

(4) Article 22.

(5) Articles 23 à 28.

(6) Article 29.

(7) Articles 30 et 31.

(8) Les questions soulevées par cette intervention ont été particulièrement éclairées par les modifications apportées à la loi de 1898 par celle du 31 mars 1905. Elles sont visées par la loi dans les articles 4 (très important), 11, 13, 15, 16, 17, 19, 30.

(9) Article 4.

victime (1), pendant la durée de la maladie et même pendant les trois années que dure le délai de revision (2).

La loi, avec chaque déclaration d'accident, exige un certificat médical d'origine (3), de même qu'en cours d'instance devant le juge de paix l'une des parties peut produire un certificat médical constatant que l'incapacité est permanente (4).

Le juge de paix peut désigner, soit un médecin pour examiner le blessé si le certificat médical ne lui paraît pas suffisant, soit un médecin-expert pour l'assister dans l'enquête (5), soit un expert en cas de contestation pour la reprise du travail.

Le tribunal de première instance ou la Cour d'appel désignent également des experts pour évaluer les incapacités (6) et les chargent de rédiger des rapports.

Suivons le médecin dans ses rôles principaux : quand il doit délivrer des certificats, quand il fait fonction de médecin expert, quand il est chargé de la surveillance médicale du blessé, enfin quand il doit lui donner ses soins, soit à domicile, soit à l'hôpital.

1. Certificats. — Quand un accident du travail s'est produit, le médecin, outre les soins médicaux qu'il donne à la victime, délivre les certificats prescrits par la loi.

Les certificats médicaux tiennent une grande place dans la loi sur les accidents du travail. C'est pourquoi les médecins doivent connaître les circonstances dans lesquelles ils sont appelés à les rédiger et ne pas ignorer quelles conséquences peuvent avoir les constatations et les conclusions qu'ils y apportent.

Différentes espèces de certificats médicaux peuvent être demandés aux médecins ; le plus fréquemment et obligatoirement ce sont les certificats d'origine et de consolidation ;

(1) Article 4.

(2) Article 19.

(3) Article 11.

(4) Article 15.

(5) Article 13.

(6) Article 17.

mais, en cours d'instance, les victimes comme les patrons peuvent avoir besoin de produire des certificats additionnels pour appuyer certaines demandes. Enfin la demande en révision nécessite également la production d'un certificat établissant l'aggravation ou au contraire l'atténuation de la blessure.

Examinons ces différents cas.

1^o CERTIFICAT D'ORIGINE OU DE PREMIER CONSTAT. — Le chef d'entreprise doit déclarer dans les quarante-huit heures tout accident ayant occasionné une incapacité de travail (1).

Si la victime n'a pas repris son travail dans les quatre jours qui suivent l'accident, il doit, en outre, déposer à la mairie un certificat de médecin.

Il n'est pas fait déduction des dimanches et jours fériés dans le délai de production du certificat.

A défaut par le patron de produire dans les délais voulus le certificat médical, cette formalité peut être remplie par la victime.

La victime peut également déposer de son côté un certificat médical toutes les fois qu'elle estimera que celui déposé par le patron est incomplet.

La victime ou ses représentants ayant le droit de faire la déclaration d'accident jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident, afin de pouvoir intenter une action en indemnité, un certificat médical doit être encore dans ce cas produit en même temps qu'est faite la déclaration.

La loi du 22 mars 1902 a modifié celle de 1898 au point de vue du *délai accordé pour la production du certificat médical*. Il fallait auparavant, dans les quarante-huit heures, joindre un certificat médical à la déclaration. Maintenant, il ne sera plus établi de certificat pour les accidents entraînant une incapacité de travail de moins de cinq jours et la production du certificat ne sera exigée que si, dans les quatre jours qui ont suivi l'accident, l'ouvrier ne s'est pas remis à l'ouvrage. Ce délai

(1) Article 11.

n'est que facultatif d'ailleurs, et le patron peut toujours, s'il le juge à propos, joindre à sa déclaration un certificat médical. Cette innovation a été faite pour rétablir la concordance dans la loi avec l'article 3, qui ne donne droit à aucune indemnité pour les accidents ayant duré moins de quatre jours. Il permet, en outre, d'éviter l'intervention du médecin dans les cas de peu d'importance. Ceci pourrait quelquefois présenter certains inconvénients; car des lésions légères laissées sans soins pourraient être suivies de complications graves qu'auraient évités des soins précoces. C'est pourquoi les patrons doivent faire preuve de prudence en faisant visiter et soigner tous leurs ouvriers blessés, quelque insignifiante que paraisse la blessure. Le supplément de frais qui en résultera pour eux sera largement compensé par l'économie qu'ils réaliseront sur le paiement des indemnités.

Délivrance des certificats. — Le certificat d'origine peut être délivré soit par le médecin du patron, soit par le médecin du blessé.

Tantôt le médecin appelé par le patron est accepté par l'ouvrier comme médecin traitant et c'est lui qui délivre le certificat d'origine.

Tantôt l'ouvrier se refuse à subir l'examen du médecin envoyé par le patron et fait délivrer le certificat d'origine par le médecin de son choix. Le médecin du patron, ainsi empêché de remplir sa mission, doit le constater dans une attestation qu'il remet à son client pour que celui-ci dégage sa responsabilité en le déposant à la mairie.

Ou bien le chef d'entreprise, n'étant pas obligé d'accepter le certificat établi par le médecin choisi par le blessé, s'il lui paraît obscur ou incomplet, peut s'adresser au juge de paix qui désigne d'office un médecin chargé de procéder à l'examen du blessé. Ce médecin n'a pas à se préoccuper du certificat délivré par le premier médecin, même s'il est en désaccord avec lui. C'est aux intéressés à s'entendre dans ce cas pour désigner un tiers arbitre.

Le patron peut être encore mis dans l'impossibilité de déposer le certificat obligatoire, si aucun médecin voisin du théâtre de l'accident ne veut le délivrer. Il doit alors demander au juge de paix la désignation d'un médecin qui sera chargé de l'établir.

Le droit de délivrer le premier certificat appartient à toute personne pouvant exercer la médecine. La loi ne faisant à cet égard aucune distinction, il faut donc le reconnaître aux officiers de santé comme aux docteurs en médecine, et parmi ces derniers aux femmes aussi bien qu'aux étrangers pourvu qu'ils soient pourvus d'un diplôme délivré par une faculté française.

Les étudiants en médecine spécialement autorisés à remplacer un médecin (1), les internes des hôpitaux, pour les blessés admis dans les hôpitaux (2) peuvent également signer cette pièce.

Le médecin maire peut délivrer ce certificat, et en donner récépissé au patron ou le faire donner par son adjoint.

Le médecin sollicité de fournir un certificat a toujours le droit de refuser. Seuls les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont pas ce droit, puisqu'ils sont seuls qualifiés pour faire toutes constatations médicales sur les malades traités dans leurs services.

L'établissement des certificats soulève la question du secret professionnel. L'auteur d'un certificat pour accident du travail est dégagé de l'obligation du secret médical. Toutefois il est préférable que le médecin habituel, qui connaît les antécédents de la victime de l'accident, refuse d'établir le certificat; ou bien, s'il accepte, il doit demander l'autorisation écrite de mentionner tel syndrome qui est susceptible d'aggraver les conséquences de l'accident et que le médecin ne connaît que par les soins donnés précédemment.

Rédaction des certificats. — Ce certificat d'origine (3) doit

(1) Dans les termes de l'article 6 de la loi de 1892.

(2) Circulaire du directeur de l'assistance publique, 4 mai 1900.

(3) Aux termes de l'article 11 et de la circulaire du 21 août 1899.

indiquer : 1° l'état de la victime au moment de la délivrance du certificat et le caractère de la blessure reçue; 2° les suites probables de l'accident (mort, incapacité permanente, absolue ou partielle, temporaire); 3° l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Par état de la victime, il faut entendre non seulement l'état local, mais encore l'état général, et pour cela il faut faire un examen complet du sujet.

Il est souvent difficile, par contre, de répondre d'une façon exacte dans les quatre premiers jours aux deux dernières questions. Quand on est hésitant sur le pronostic à donner, il n'y a qu'à terminer le certificat en déclarant qu'il est absolument impossible en l'état actuel de pronostiquer les suites probables de l'accident, ni d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le caractère définitif.

Le certificat doit être rédigé en termes clairs, précis, sans longueur; il ne doit pas être surchargé de termes techniques; le médecin ne doit pas oublier, en effet, que ce certificat est destiné non à des confrères, mais à un maire, un juge de paix, des magistrats qui n'ont en général que des connaissances médicales peu étendues.

Les certificats ne nécessitent pas le serment.

Ils peuvent être rédigés sur papier libre, les pièces de procédure, dans les affaires d'accident, étant dispensées du droit de timbre. Il est toutefois utile de spécifier à la fin du certificat que celui-ci a été délivré sur papier non timbré en vertu et pour l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette addition dégage la responsabilité du médecin envers l'administration des finances.

On ne saurait trop insister sur l'importance que présentent les conclusions du certificat. C'est à elles, en effet, que se reporte le juge de paix pour savoir s'il doit procéder à son enquête préliminaire.

Si ce certificat prévoit la mort ou une incapacité permanente, quelque légère fût-elle, le juge de paix doit ouvrir une information sur l'accident. Si, au contraire, il conclut à

une simple incapacité temporaire de travail, pour si longue qu'elle apparaisse, il n'a pas à se déranger. L'affaire est classée, sauf, cependant, le cas échéant, à la faire reprendre par la production d'un nouveau certificat concluant à une incapacité permanente.

Tarif des certificats. — Le certificat est exempt du timbre, mais il n'est pas compris au nombre des actes qui doivent être délivrés gratuitement (1). Toutefois les frais nécessités par leur délivrance restent à la charge du patron, au titre des frais médicaux.

Un certificat délivré par le médecin, au cours d'une affaire d'accident du travail doit lui être payé par la personne qui le lui a demandé, ouvrier ou chef d'entreprise. Ainsi lorsque c'est l'ouvrier qui prend l'initiative de la déclaration, c'est à lui qu'on doit réclamer le prix du certificat qu'on lui fournit.

Mais si la victime a usé de son droit de choisir son médecin, et que celui-ci ait rédigé le certificat de premier constat, c'est le patron qui doit en supporter les frais. Avant la loi de 1905, on considérait que c'était le blessé qui devait, dans ce cas, acquitter lui-même le prix du certificat.

Le prix du certificat délivré dans ces conditions est réglé maintenant par le tarif officiel du 30 septembre 1905 (2). Ce tarif distingue deux sortes de certificats et attribue une indemnité différente à chacune.

1° Le certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de 2 francs.

2° En cas de blessures multiples, ou bien de contusions ou brûlures portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête, le certificat initial descriptif donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

L'arrêté ministériel, par cette évaluation si minime de 2 francs pour un certificat de premier constat, méconnaît

(1) D'après l'article 29, — Circulaire du 21 août 1899.

(2) Article 9 du tarif.

l'importance du certificat qui oblige le médecin, s'il veut faire un certificat irréprochable, à faire un examen complet de la victime. Il méconnaît aussi la responsabilité des médecins au point de vue des certificats.

Cette responsabilité ayant été accrue par la loi du 31 mars 1905 (1), il était de toute justice qu'il y eût élévation proportionnelle des honoraires.

En outre, la différence établie entre le prix d'un certificat pour blessures multiples et celui d'un certificat pour une blessure unique amène des conséquences bizarres. C'est ainsi que, si le blessé n'a qu'une fracture ouverte de la jambe qui peut lui coûter la vie, le prix du certificat n'est que de deux francs; s'il s'est entaillé, au contraire, le cuir chevelu en plusieurs endroits, immédiatement le prix du certificat monte à cinq francs. Il en résulte que le médecin doit se contenter de deux francs par certificat, à moins d'avoir la chance que le blessé ait contracté des blessures multiples! N'y a-t-il pas là une absurdité?

Il est utile, à propos de paiement des certificats, de savoir ce que l'on doit faire dans le cas de pratique courante suivant. Quand un accident survient, le médecin fait toujours deux certificats identiques, l'un pour la mairie, l'autre pour la Compagnie d'assurances. Doit-il dans ce cas réclamer le prix d'un seul certificat, ou de deux? Le second certificat n'étant que la copie du premier, il est d'usage courant que cette copie soit gratuite, et le médecin serait mal fondé à faire payer le prix de deux certificats.

2° CERTIFICAT DE CONSOLIDATION OU DE GUÉRISON. — Lorsque le blessé a été atteint d'une incapacité temporaire et qu'il se trouve guéri, le médecin doit le constater dans un *certificat de guérison* sur lequel se fonde le juge de paix pour fixer la date à laquelle doit cesser le paiement du demi-salaire.

Lorsque le blessé est atteint d'une incapacité permanente

(1) L'article 30 édicte des sanctions pénales contre les médecins qui ont dénaturé les conséquences de l'accident.

et que l'état de la blessure ne doit plus changer, le médecin est appelé à établir un *certificat de consolidation* (1), qui marque le terme de l'indemnité temporaire et fixe le point de départ de la rente.

Le certificat de consolidation doit indiquer : 1° la nature de la blessure consolidée ; 2° la date de la consolidation ; 3° si l'incapacité permanente qui en résulte est totale ou partielle ; 4° en cas d'incapacité permanente partielle, la réduction de capacité professionnelle qui en est la conséquence.

On devra réunir aux résultats de l'examen les considérations de physiologie professionnelle nécessaires pour donner une appréciation exacte de l'incapacité.

Lorsque le blessé a choisi lui-même son médecin, le certificat final descriptif, constatant l'état du blessé après consolidation de la blessure, donne droit pour ce dernier à une indemnité spéciale de 5 francs (2).

Quant au certificat par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé, atteint d'incapacité temporaire, il ne donne pas lieu à une indemnité spéciale. Or c'est celui qui entraîne le plus de discussions, qui cause le plus d'ennuis au médecin ; car l'ouvrier conteste la possibilité de reprise du travail, tandis que le patron ou la Compagnie d'assurances réclament avec une insistance particulière en sens contraire.

3° CERTIFICATS ADDITIONNELS. — Au cours de la procédure les parties peuvent solliciter du médecin des certificats additionnels destinés à appuyer certaines demandes.

1) Si l'incapacité a subi une aggravation et paraît devoir rester permanente alors que dans le certificat primitif rien ne démontrait qu'une enquête du juge de paix fût nécessaire.

2) Si l'une des parties soutient que l'incapacité est permanente, pour pouvoir porter l'affaire devant le tribunal civil (3).

(1) Le mot de consolidation n'a été inséré dans la loi que depuis la loi du 31 mars 1905.

(2) Article 9 du tarif.

(3) Article 15, al. 3.

Les certificats demandés ainsi au cours du traitement doivent être assimilés à un certificat descriptif et tarifés 5 francs.

3^e Lorsque l'affaire est réglée depuis moins de trois ans, l'action en revision peut être demandée soit par le blessé, quand il y a aggravation de l'incapacité, soit par ses ayants droit quand il y a eu décès, soit par le patron ou l'assureur quand il y a diminution de l'incapacité. Chacune des parties peut alors demander au médecin un certificat en vue d'obtenir la revision.

Ce certificat indiquera :

1^o En cas d'aggravation, l'état de la victime et les modifications qui ont pu survenir depuis le règlement de l'affaire, la diminution de la capacité professionnelle qui en est résultée.

2^o En cas d'atténuation, l'état de la victime et les modifications qui sont survenues depuis le règlement, l'augmentation de capacité qui en est résultée.

3^o En cas de décès, si le décès est la conséquence de l'accident, le certificat peut alors s'appuyer sur une autopsie ou provoquer une décision judiciaire qui la rend obligatoire.

2. — Expertises et rapports médico-légaux. —

Des experts peuvent être nommés dans diverses circonstances, à différents moments de la procédure et par diverses juridictions, ainsi que nous l'avons indiqué; mais il est nécessaire de préciser.

1^o *Les experts peuvent être nommés par le juge de paix.*

1) Ainsi, lorsque le chef d'entreprise n'a pu obtenir le certificat d'origine, parce qu'il n'a pu trouver de médecin qui veuille établir ce certificat, il doit demander au juge de paix de désigner un médecin qui agira à titre d'expert (1).

2) Il doit faire de même, s'il n'a pu obtenir ce certificat parce que le blessé a refusé de se laisser examiner.

3) Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffi-

(1) Circulaire du 24 mars 1902.

sant, le juge de paix peut désigner un médecin pour examiner le blessé (1).

4) Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête (2).

Toutefois, le juge de paix ne doit faire appel à un médecin, qu'en usant avec une grande réserve de la faculté qui lui est laissée. L'expertise qui doit indiquer les conséquences de l'accident n'a, en effet, aucune utilité le plus souvent à ce moment, parce qu'elle est encore trop près de l'accident; et c'est lorsque l'état du blessé s'est modifié, s'aggravant après avoir fait considérer l'incapacité comme temporaire, ou s'améliorant alors qu'il avait fait prévoir une incapacité permanente, que le juge de paix peut nommer utilement un expert.

5) Il peut y avoir lieu encore à nomination d'expert par le juge de paix lorsque deux certificats contradictoires ont été déposés par les parties, concernant soit le premier constat, soit l'état ultérieur de la victime. Par exemple, il peut y avoir contestation du blessé pour la reprise du travail. Si le médecin du patron, qui visite la victime hebdomadairement, certifie que celle-ci est en état de reprendre son travail, quoiqu'elle le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours (3).

6) Le juge de paix peut encore commettre un expert pour examiner, en cas de décès de la victime, le cadavre et faire l'autopsie. Cette mesure n'est pas prévue par la loi, mais peut être fort utile lorsqu'il y aura doute sur le point de savoir si le décès se rattache à l'accident (4).

2° *Les experts peuvent être nommés par le président du tribunal.*

(1) Article 13, par. 3.

(2) Article 13, par. 4.

(3) Article 4, dernier paragraphe.

(4) Circulaire du 22 août 1901.

Si le jour de la tentative de conciliation la blessure n'est pas encore consolidée et qu'il soit impossible d'apprécier les conséquences qu'elle peut entraîner, le président peut, si les parties le demandent ou y consentent, désigner un expert chargé d'examiner la victime et dont le rapport doit être déposé sous huitaine. Il renvoie en même temps la comparution à une date ultérieure (1).

3° *Les experts peuvent être nommés par le tribunal.*

Le tribunal une fois saisi doit statuer suivant les règles du Code de procédure civile; s'il ne trouve pas dans les éléments de la cause les renseignements suffisants pour fonder sa décision, il peut recourir aux mesures spéciales d'instruction telles que l'expertise. L'opinion des magistrats sur le degré d'invalidité et la diminution de la capacité de travail ne peut être éclairée que par les conclusions de l'expert commis par eux, conclusions qu'ils acceptent entièrement dans la plupart des cas.

4° *Enfin, les experts peuvent être nommés par la Cour d'appel*, dans les mêmes conditions, lorsque l'une des parties a introduit une demande en revision, et que les certificats contenus au dossier sont insuffisants pour éclairer l'opinion des magistrats ou contradictoires.

Nomination des experts. — Le mode de désignation des experts pour accidents du travail et la forme de l'expertise sont réglés de la même façon que pour les expertises ordinaires. Il faut mentionner pourtant que l'expert nommé ne pourra jamais être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié (2).

L'inobservation de cette prescription frapperait l'expertise ainsi faite d'une nullité radicale.

Ainsi le médecin ou le chirurgien d'hôpital qui ont donné

(1) Article 16.

(2) Article 17 modifié par la loi de 1902. Circulaire du garde des sceaux du 7 décembre 1904.

des soins dans leur service à un blessé ne peuvent être chargés de l'expertise. Ajoutons d'ailleurs, immédiatement, que le fait d'avoir donné une consultation médico-légale à une Compagnie dans une affaire n'empêche pas d'être commis par le tribunal dans une autre affaire où est en cause cette Compagnie. Cette prohibition ne frappe que le médecin qui a reçu la mission exclusive de soigner les ouvriers de l'entreprise victimes d'accidents du travail; elle ne s'appliquerait pas à celui qui aurait été exceptionnellement requis par une Compagnie d'assurances de visiter une victime, sans être exclusivement attaché à elle.

Bien qu'aux termes de cet article cette prohibition ne semble se référer qu'au seul cas où le tribunal nomme d'office un expert unique, on doit la considérer comme ayant une portée générale. Elle s'applique donc aussi bien aux experts amiablement choisis par les parties qu'à ceux désignés, à défaut d'entente, par le juge. Toutefois, elle ne s'applique pas aux médecins, munis d'une procuration spéciale des parties, qui assistent à l'expertise comme mandataires des parties, chargés de faire toutes observations qu'elles jugent convenables au cours de l'expertise.

A part cette restriction, tous les médecins remplissant les conditions des articles 14 et 29 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine peuvent être choisis comme experts.

Les experts désignés sont au nombre de trois; très fréquemment les parties s'entendent, afin d'éviter les frais, sur le choix d'un seul expert; si elles ne s'accordent pas sur ce choix, c'est le tribunal qui fait la désignation.

L'expert désigné est prévenu du jugement qui l'investit par lettre des plaideurs ou de leurs avoués. S'il ne veut pas accepter, il signifie son refus aux avoués par lettre recommandée, sans donner de motifs.

Une partie peut récuser un expert, et cette récusation doit avoir lieu avant la prestation du serment; les motifs sont appréciés et jugés par le tribunal qui a nommé les experts.

La prestation de serment, si les experts n'en ont pas été dispensés du consentement des parties, a lieu aux jour, heure et lieu fixés par une ordonnance du juge du tribunal.

Le serment prêté, l'expert ne peut se dégager de sa mission.

Conduite de l'expertise. — Les experts doivent indiquer, au moment de la prestation du serment, les jour, lieu et heure où ils procéderont à leurs premières opérations, pour que les parties qui ont le droit d'y assister en soient prévenues.

Dans la pratique les experts sont souvent dispensés, par les parties ou leurs avoués, de prêter le serment.

Puis les experts se réunissent au lieu, jour et heure convenus au domicile de l'un d'eux ; il est fait sommation au défendeur d'être présent à l'expertise et, s'il n'est pas présent, les opérations se poursuivent néanmoins.

Les experts reçoivent copie des pièces du dossier : enquête du juge de paix, certificats médicaux, rapports des ingénieurs, des contre-maîtres, de l'inspecteur de travail, témoignages des personnes qui ont assisté à l'accident, ordonnances du médecin traitant, etc. Ils peuvent pratiquer une enquête officieuse, se documenter sur les antécédents du malade, consulter les registres d'hôpitaux, interroger des témoins, inspecter les lieux.

L'examen du blessé se fait à domicile, ou, s'il peut se déplacer, chez l'un des médecins. Si le blessé refuse de se prêter à l'examen, les experts en avertissent les avoués.

Le jugement qui désigne les experts leur donne mission de répondre à un certain nombre de questions. Ces réponses doivent être faites dans un rapport et contenues dans les conclusions de ce rapport.

Les experts se réunissent ensuite pour rédiger le rapport après avoir averti les parties que, puisqu'elles ne se sont pas conciliées, ils vont déposer leur rapport. Les experts peuvent en effet concilier les parties.

Ils délibèrent et font un rapport unique, en indiquant, s'il y a lieu, les divergences d'opinion qui se sont manifestées entre eux. Ce rapport est écrit sur papier libre par l'un des experts et signé de tous. Les ratures doivent être approuvées à la fin de l'acte, les renvois placés en marge et approuvés également. Aucun mot ne doit être en abrégé : les nombres et les dates sont indiqués en toutes lettres. Le rapport doit être rédigé en termes clairs et précis, sans employer autant que possible de termes techniques.

Le rapport terminé doit être porté aux bureaux de l'enregistrement où il est enregistré gratuitement, puis déposé au greffe de la juridiction qui a ordonné l'expertise.

Honoraires des expertises médico-légales. — Ils sont réglés selon le tarif prévu par le décret du 21 novembre 1893 pour les expertises médico-légales ordinaires, et payés également par le Trésor. Les experts doivent fournir à la dernière page de leur rapport, au-dessous de leur signature, la note de leurs honoraires et des déboursés auxquels les a obligés leur fonction.

La note est traduite en vacations. Une vacation représente le travail accompli par l'expert dans une durée de trois heures. On exprime donc en vacations le temps consacré aux diverses opérations de l'expertise : prestation de serment, étude du dossier, examen du blessé, rédaction et dépôt du rapport. L'expert ne peut compter par jour plus de deux vacations de jour et une de nuit. Le coût total d'une expertise dans ces conditions ne dépasse guère 100 francs dans la pratique.

Nous avons dit que les frais d'expertise dans les affaires d'accidents sont payés suivant les mêmes tarifs que les expertises en matière criminelle. C'est ainsi que, pour une vacation de jour, il est alloué 5 francs à Paris, 4 francs dans les villes de 40.000 habitants et plus, 3 francs dans les autres. Pour une vacation de nuit, il est alloué 7 fr. 50 à Paris, 6 francs dans les villes de 40.000 habitants et plus, 4 fr. 50 dans les autres.

Les déplacements sont payés à raison de 20 centimes par kilomètre parcouru, si le transport a été effectué en chemin de fer, de 40 centimes s'il a eu lieu autrement.

Les autopsies avant inhumation sont taxées 25 francs, après exhumation, 35 francs.

Le magistrat qui reçoit le rapport approuve ou réduit le compte de l'expert. Pour toucher ses honoraires, le médecin, après la solution du procès, présente au greffe son mémoire établi sur papier libre en double exemplaire. Ce mémoire doit être présenté dans le délai d'un an à dater du jour auquel ont été closes les opérations de l'expertise. Passé ce délai, il y a prescription, et le médecin ne pourrait en obtenir le paiement qu'en adressant une supplique au ministre de la justice.

Comme pour les autres expertises, ce n'est qu'après la signature du réquisitoire par le procureur de la République et de l'exécutoire par le président du tribunal que le médecin peut toucher ses honoraires à la caisse du receveur de l'enregistrement.

Nous avons dit que les expertises médico-légales, ordonnées d'office ou sur la demande des parties, sont à la charge du Trésor, les blessés ayant droit, de par la loi, à l'assistance judiciaire.

Une circulaire récente du garde des sceaux attire l'attention sur les économies à réaliser sur les frais d'expertise et signale l'exagération des mémoires des médecins. Il signale, en outre, l'inutilité de l'intervention du médecin expert dans un certain nombre d'affaires simples et banales, et recommande de chercher à régler à l'amiable le plus d'affaires possible, après entente préalable entre le médecin qui soigne le blessé et celui qui représente la Compagnie d'assurances et le patron. Cette façon de faire, tout en étant nuisible à certains experts spécialisés dans les rapports médico-légaux d'accidents du travail, ne peut qu'être profitable à la masse des médecins praticiens qui établissent des certificats.

M. Georges Touchard, dans la *Nouvelle Revue*, suggère

un moyen ingénieux de simplifier les expertises et d'en réduire les frais. Il suffirait tout simplement, dit-il, d'instituer un comité de médecins experts, composé de trois membres, devant lequel le président conciliateur renverrait d'office les parties en cas de discussion. Ce comité siégerait au Palais les jours où le président tient ses audiences de conciliation : il serait, par lui, saisi d'urgence et sollicité, sans autre formalité qu'une lettre du greffier, de donner son avis immédiat, qui resterait joint au dossier, sous forme de **certificat officiel**.

De la sorte, quand l'affaire viendrait à l'audience pour fixation définitive de la rente, le tribunal serait complètement éclairé et n'aurait plus besoin d'ordonner une mesure d'instruction inutile. Des jetons de présence rémunéreraient les experts, et ces frais se répartiraient au prorata des affaires entre les divers patrons intéressés.

*
*
*

En ce qui concerne les expertises, les médecins peuvent y jouer un rôle autre que celui de médecin expert. Ils peuvent assister aux enquêtes et expertises, et rédiger des consultations médico-légales.

1° ASSISTANCE AUX ENQUÊTES ET EXPERTISES. — Le médecin peut être chargé de représenter l'une des parties et d'assister en cette qualité à certaines opérations, par exemple à l'enquête du juge de paix, ou à une expertise médico-légale.

2° CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE. — Les Compagnies d'assurances et les chefs d'entreprise demandent quelquefois à des médecins, dont la compétence est reconnue en l'espèce, un rapport officieux, un mémoire rédigé dans leur intérêt et discutant les conclusions de rapports ou mémoires déjà produits. Ces pièces sont rédigées de la même façon qu'un rapport, mais ne nécessitent pas le serment.

3. Surveillance médicale du blessé. — La loi du

31 mars 1905 (1) reconnaît au patron le droit de désigner au juge de paix, au cours du traitement, un médecin chargé de le renseigner sur l'état réel de la victime. Le médecin ainsi désigné n'a pas la qualité d'un médecin expert; il ne peut en aucune façon s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin de son choix ou par les médecins traitants de l'hôpital; ses honoraires restent, en tout cas, à la charge exclusive du patron qui l'a désigné. Les visites, subordonnées d'ailleurs au visa préalable du juge de paix, ne peuvent être qu'hebdomadaires au plus, et doivent se faire en présence du médecin traitant, dûment prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée, de manière que l'ouvrier, fort de la présence de son propre médecin, puisse toujours se trouver à l'abri de toute ingérence dans son traitement comme de toute intimidation volontaire ou involontaire sur son esprit.

Le rôle du médecin patronal est donc limité à la mission de renseigner le patron sur l'état du blessé. Il ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni toucher aux pansements; il ne peut voir la plaie qu'au moment où le pansement doit être refait, et c'est pour cela qu'il lui faut s'entendre préalablement avec le médecin traitant du jour et de l'heure de la visite commune. Peu importe le lieu où doit se faire la visite; le blessé n'est pas tenu de recevoir le médecin du patron à son domicile même; il peut recevoir sa visite en tout autre lieu : ce qui est obligatoire, c'est que le médecin patronal ait accès hebdomadaire auprès du blessé.

C'est seulement dans le cas où, toutes ces conditions remplies et toutes ces garanties assurées, l'ouvrier se refuserait à la visite médicale admise par la loi, que l'article 4 prévoit, comme sanction, la suspension de paiement de l'indemnité journalière. Le patron saisit alors de la question le juge de paix, qui seul a qualité pour statuer sur cette suspension de paiement, après avoir convoqué la victime par simple lettre recommandée.

(1) Addition à l'article 4.

L'adjonction de cet article à la loi était nécessaire; car auparavant la manière de procéder de certains médecins de Compagnies était contraire aux règles de la déontologie et aux intérêts des blessés; ils commettaient sans s'en douter une véritable violation de domicile en pénétrant sans autorisation dans le logement du blessé et en l'examinant en dehors de la présence du médecin traitant.

D'autre part, pour faciliter au chef d'entreprise l'usage de l'action en revision, la loi (1) lui permet, au cours des trois années pendant lesquelles cette action peut s'exercer, de désigner au président du tribunal un médecin chargé de visiter la victime et de le renseigner sur son état, qu'il veuille soit être fixé sur l'opportunité d'une action en réduction ou suppression de rente, soit encore s'éclairer sur l'importance d'une aggravation que l'ouvrier voudrait faire valoir.

Comme il ne s'agit que d'un visa, le président n'a le pouvoir ni de refuser, ni de discuter la personnalité du médecin qui lui est désigné; de plus, ce visa doit être donné une fois pour toutes sans qu'il soit besoin de le renouveler à chaque visite.

Ce droit de visite ne peut s'exercer que trimestriellement et est limité seulement au cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente.

Faute par la victime de se prêter à la visite ainsi ordonnée, le paiement des arrérages de la rente est suspendu par décision du président. Le médecin désigné n'a qu'à constater le refus et à en aviser le président qui rend sa décision après avoir convoqué la victime par lettre recommandée.

Les visites, faites par ces médecins patronaux, restent naturellement à la charge des patrons; mais, de son côté, le médecin traitant a le droit de compter un prix de visite double pour ces visites qui ont lieu à heure fixe (2).

4. Soins médicaux — Honoraires. — Tarif. —
Soins médicaux. Paiement des frais médicaux. — Le premier

(1) Article 19.

(2) Article 4 du tarif.

et le plus important des rôles que remplit le médecin consiste dans les soins qu'il donne à la victime de l'accident.

Or, les honoraires pour soins médicaux donnés au blessé, du jour de l'accident au jour de la consolidation, sont mis à la charge du patron (1).

L'ouvrier doit être déchargé en effet de tous frais occasionnés pour sa guérison : c'est le minimum de réparation auquel il puisse prétendre.

Les frais comprennent ceux de toute nature qui ont été nécessités par le traitement des suites de l'accident et qui ont pour but la guérison complète du blessé : ce sont non seulement les frais proprement dits de médecin et de pharmacien, mais encore ceux occasionnés par des moyens thérapeutiques de toute sorte : massage, radiographie, électrothérapie, mécanothérapie, traitement thermal, opérations nécessitant l'intervention d'un spécialiste, appareils prothétiques nécessaires pour consolider une fracture ou remplacer un membre amputé (2).

Les frais médicaux sont dus dès le premier jour de la maladie contrairement à l'indemnité journalière qui n'est due qu'à partir du cinquième jour (3), sauf si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours. Ils prennent fin, de même que l'indemnité journalière, du jour de la consolidation de la blessure, même si l'ouvrier, tout en ayant repris son travail, avait encore besoin de certains soins complémentaires. Ces derniers restent alors entièrement à la charge de l'ouvrier, sauf au tribunal à en tenir compte dans la fixation de la rente (4).

(1) Article 4.

(2) Quoiqu'il y ait eu une jurisprudence contradictoire à ce sujet.

(3) Article 3.

(4) Cependant il a été jugé que les honoraires pour soins donnés à un ouvrier, même postérieurement à la consolidation de la blessure et au règlement de l'indemnité, sont à la charge du patron s'il s'agit de suites directes de l'accident (Justice de paix, Lyon, 7^e canton, 22 novembre 1905). En effet, le patron étant pécuniairement la première et directe victime d'une aggravation d'incapacité, puisque, dans ce cas, l'ouvrier peut demander la révision et une augmentation d'indemnité, est intéressé à ce qu'il n'y ait pas une diminution postérieure de l'incapacité due aux conséquences de l'accident, et doit par conséquent être tenu responsable des frais occasionnés pour éviter cette aggravation.

Les chefs d'entreprise ont la faculté d'user de différentes combinaisons pour acquitter les frais médicaux, funéraires et les indemnités temporaires mis à leur charge par la loi; ils ont le choix entre les trois modes d'acquittement suivants :

1. Ils peuvent les payer eux-mêmes à leurs risques et périls.

2. Ils peuvent en charger une institution d'assurance privée. Cette Compagnie d'assurance prend alors la place du patron et acquitte pour lui les frais de maladie et les indemnités journalières. En pratique cette assurance n'a jamais lieu seule, mais se confond avec l'assurance des indemnités de longue durée.

3. Ils peuvent être déchargés par une société de secours mutuels (1), pendant les 30, 60 ou 90 premiers jours, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, s'ils justifient : 1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels, en prenant à leur charge une quote-part de la cotisation qui ne doit pas être inférieure au tiers de cette cotisation; 2° Que ces sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant 30, 60 ou 90 jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière (2).

Les exploitants des mines, minières et carrières et tous autres chefs d'industrie peuvent aussi se décharger de ces frais et indemnités sur des sociétés de secours constituées en vertu de la loi du 29 juin 1894 (3).

A cause de ces modes d'acquittement différents, le paiement des frais médicaux et le mode d'évaluation des honoraires varient suivant que le médecin est ou non lié par contrat avec le patron, l'assureur ou la société de secours mutuels auxquels incombe, selon chaque cas particulier, le paiement des frais médicaux.

1°. — Le médecin est attaché à l'entreprise et reçoit des

(1) Ainsi qu'il est dit aux articles 5 et 6 de la loi.

(2) Article 5.

(3) Article 6.

appointements fixes ; il ne peut rien demander de plus que ne lui accorde son traité.

S'il est lié par un contrat avec une Compagnie d'assurance-accidents, un syndicat de garantie ou une société de secours mutuels, il ne peut toucher, pour soins donnés à un blessé et garantis par ces sociétés, que les honoraires fixés par le tarif qu'il a accepté dans son contrat.

De plus, il ne peut réclamer quoi que ce soit au chef d'entreprise, ayant renoncé implicitement par son traité au droit que lui reconnaît l'article 4 d'actionner directement le patron.

2°. Lorsque le médecin est libre de tout engagement, deux cas peuvent se présenter qui tous deux sont solutionnés par la loi.

a) Le patron prévient lui-même le médecin de l'accident et le charge de soigner le blessé avec l'assentiment de celui-ci.

Dans ce cas, le patron est responsable des soins donnés dont les honoraires sont comptés ordinairement conformément au tarif ouvrier de la région ; il n'a pas à réclamer alors l'application et le bénéfice du tarif officiel dont nous allons parler plus loin.

b) L'ouvrier use du droit que lui accorde l'article 4 et appelle pour le soigner un médecin de son choix. Dans ce cas, le patron ne peut être tenu de payer les honoraires réclamés par le médecin que dans une certaine limite fixée par un tarif officiel.

Faisons remarquer à ce propos que le médecin devrait exiger du patron, avant tout traitement, une lettre prouvant que c'est ce dernier qui l'a appelé auprès du blessé ; cette façon de faire procurerait au médecin l'avantage de pouvoir exiger des honoraires établis conformément au tarif ouvrier qui est supérieur au tarif officiel.

Quelques cas particuliers méritent des éclaircissements. C'est ainsi que si le blessé est inscrit sur les listes du bureau de bienfaisance et qu'il fasse appeler pour un acci-

dent du travail le médecin chargé de ce service, il ne doit plus être considéré dans ce cas comme un indigent, et le médecin a le droit de se faire payer ses visites par le patron, conformément au tarif officiel.

De même, si un ouvrier, soigné déjà par le médecin de l'entreprise ou de l'assurance, s'adresse à un second médecin, à l'insu du patron, celui-ci n'est plus responsable des frais médicaux réclamés par le second médecin; l'ouvrier, lorsqu'il change de médecin en cours de traitement, n'est fondé à réclamer le remboursement des nouveaux frais médicaux, qu'à la condition d'avertir immédiatement le patron du changement de médecin (1).

TARIF OFFICIEL DES HONORAIRES. — *Considérations générales.* — Ce tarif a été prévu dans la loi du 31 mars 1905 qui modifia comme suit le paragraphe 2 de l'article 4 :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence des sommes fixées par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans. »

Il fut établi moins de six mois après la promulgation de la loi, par le décret du 30 septembre 1905, publié au *Journal Officiel* le 8 octobre, et devint applicable un mois après cette publication, c'est-à-dire le 8 novembre 1905. Il est établi pour une durée de deux ans, et cesse d'avoir cours le 31 mars 1907.

La commission spéciale chargée de l'élaborer avait été

(1) Tribunal de paix de Nantes; 23 février 1903.

instituée par arrêté du 20 mai 1905 et était composée de trois représentants des Syndicats médicaux, les D^rs Brouardel, Dubuisson et Jeane, trois représentants des Syndicats ouvriers, trois représentants du Patronat et trois représentants des Compagnies d'assurances.

Les représentants des Syndicats médicaux eurent à soutenir une lutte sévère pour résister aux prétentions des représentants trop zélés du patronat et des Compagnies d'assurances. Ils obtinrent heureusement l'appui du président de la commission, M. Mirman, et des représentants des Syndicats ouvriers, qui comprirent que leurs intérêts étaient liés à ceux des médecins. On put ainsi mettre sur pied un tarif qui sans être bien avantageux à différents points de vue pour les médecins, leur accordait cependant satisfaction dans une certaine mesure, car il constituait un progrès par rapport au tarif précédemment édicté par la loi de 1898.

En effet d'après le texte de cette loi, les honoraires étaient établis conformément au tarif de l'assistance médicale gratuite de chaque département. Les médecins avaient protesté énergiquement contre cette assimilation injustifiée d'un blessé du travail à un indigent; ils avaient réclamé l'application du tarif ouvrier; c'est en effet le tarif le plus faible de chaque localité et le plus en rapport avec la situation des blessés puisqu'il comporte le minimum d'honoraires que le médecin demande à un malade de la classe ouvrière. La plupart des tribunaux leur avaient donné raison sur ce point; le Sénat lui-même était entré dans la même façon de voir en votant (1) un amendement de MM. Piettre, Treille, Pédebidou, Petitjean, etc., limitant la responsabilité du patron pour les frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix *conformément aux usages locaux*, amendement que la Chambre malheureusement n'a pas voulu accepter.

Si nos législateurs ont fait droit en partie aux réclamations justifiées des médecins, en substituant au tarif d'assistance

(1) Séance du 15 juin 1904. *J. off.* du 17 juin 1904.

médicale gratuite un tarif plus avantageux, ce n'est pas en effet par sollicitude pour le corps médical qu'ils lui ont accordé cette demi-satisfaction ; leur mobile était tout autre.

Le service de l'assistance médicale gratuite n'étant pas organisé dans certains départements, ayant adopté dans d'autres le système de l'abonnement, les tarifs présentaient des lacunes et des différences notables d'un département à l'autre ; et c'est tout simplement pour faire cesser cet état de choses qu'il a paru nécessaire d'établir un tarif uniforme (1).

Ce tarif, destiné à servir de base aux juges de paix pour le règlement des contestations, n'est applicable, comme nous l'avons vu plus haut, que dans le cas où le médecin a été choisi par le blessé ; mais encore n'est-il applicable qu'au patron ou à la Compagnie d'assurances et non au blessé lui-même.

En effet, le médecin peut réclamer à celui-ci une rémunération supérieure à celle fixée par le tarif officiel ; rien ne

(1) C'est ce que la circulaire du Ministre du commerce du 4 mai 1905, adressée aux préfets en vue de l'application de la troisième loi : accidents du travail, précise bien.

« En ce qui concerne le tarif, il s'écarte pour l'avenir du système adopté par la loi de 1898, et substitue aux tarifs en usage dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite un tarif uniforme nouveau, qui devra être établi par arrêté du ministre du commerce après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants des différents intéressés (médecins, pharmaciens, ouvriers, patrons, assureurs) et qui ne pourra être ensuite modifié qu'à intervalles de deux années. Cette innovation a motivé au Parlement de très vives discussions. Le texte voté par la Chambre en 1901, sans avoir alors, semble-t-il, d'autre objet que de faciliter l'application de la loi dans les départements où n'existaient point encore de tarifs complets d'assistance médicale gratuite, avait disposé que les frais médicaux et pharmaceutiques seraient remboursés, à défaut de tarifs établis, conformément aux usages locaux. La Chambre semblait du reste se référer ainsi pour ce cas aux tarifs ouvriers les plus bas, sans vouloir aboutir à majorer en fait la dette du chef d'entreprise. Au contraire, les amendements présentés au Sénat, en demandant la substitution générale aux tarifs de l'assistance médicale gratuite de tarifs ouvriers établis ou inspirés par des syndicats médicaux, entendaient apporter au profit des médecins une modification essentielle au système primitif de la loi du 9 avril 1898. Le Sénat, en écartant finalement l'application des tarifs d'assistance médicale gratuite, n'a pas voulu laisser les chefs d'entreprise et leurs assureurs exposés aux incertitudes de tarifs indéterminés et de majorations sans limites ; il a prévu l'élaboration d'un tarif officiel... Il est d'ailleurs à présumer que le tarif nouveau, élaboré en commun par les représentants autorisés de toutes les parties intéressées, pourra mettre fin aux regrettables conflits qui se sont produits, en ménageant, dans l'intérêt supérieur de la bonne application de la loi et dans le respect de son esprit, des transactions qui n'imposent ni à l'industrie, ni au corps médical des sacrifices inacceptables. »

l'oblige dans la loi à établir sa note d'honoraires d'après les prix qui sont indiqués au tarif officiel ; il peut l'établir selon le tarif ouvrier du syndicat de la région. Mais le patron, lui, n'est tenu de payer que conformément au tarif officiel ; la différence entre le tarif officiel et le tarif ouvrier reste à la charge du blessé.

Il en résulte qu'on donne à l'ouvrier la liberté de choisir comme médecin celui en qui il a confiance : cela est très bien ; mais, en même temps, on le prévient qu'il ne peut user de cette liberté qu'à ses risques et périls, c'est-à-dire que, si le médecin réclame un chiffre d'honoraires supérieur à celui que doit payer le patron d'après le tarif, c'est lui, l'ouvrier, qui restera redevable envers le médecin de la différence. Cette restriction est donc en opposition absolue avec le but poursuivi, qui est d'assurer la plus grande somme d'avantages possible au blessé. En effet, mettre une partie des honoraires à la charge du blessé, quand celui-ci tombe dans la gêne en ne touchant qu'un demi-salaire, c'est une iniquité et non une réparation, et c'est lui faire payer cher l'usage d'une liberté que la loi prétend lui assurer. En outre, c'est contraire à l'esprit de la loi qui déclare que tous les frais médicaux doivent être supportés par le patron. Ce tarif, fait pour avantager les ouvriers, se retourne ainsi contre eux.

Ce sont les Compagnies d'assurances et les patrons, au contraire, qui en profitent. Ce tarif ne devait être soi-disant utilisé qu'en cas de désaccord entre les Compagnies d'assurances et le médecin choisi par le blessé ; mais, en fait, il deviendra forcément le tarif habituel. En effet, les Compagnies d'assurances n'auront plus d'avantage à faire soigner leurs blessés par un médecin de leur choix, qui serait en droit de leur réclamer des honoraires basés sur le tarif ouvrier ; elles laisseront de plus en plus à l'ouvrier le soin d'appeler un médecin de son choix ; elles le lui conseilleront même, sachant qu'elles bénéficieront alors du tarif officiel.

Qu'arrivera-t-il donc ? Sur qui retombera en dernière analyse le poids de cette disposition de la loi ? Ce sera

finalement sur le médecin, qui hésitera à poursuivre un ouvrier dans la gêne à la place de riches Compagnies d'assurances qui jouissent ainsi d'indemnités particulières. Il fera encore de la philanthropie à ses dépens.

Que l'on ne vienne pas nous objecter que, si le législateur a été obligé d'introduire ce tarif dans la loi, c'est pour protéger le patron contre les abus qui pourraient résulter du libre choix du médecin ! On a voulu éviter, en effet, l'exagération possible des notes d'honoraires pour frais médicaux, et la multiplication de visites peu nécessaires. Mais, si vraiment certains médecins commettent ces abus, n'y avait-il pas un moyen bien simple de les réfréner, moyen qui est appliqué à l'assistance médicale gratuite ? C'était d'instituer des commissions de vérification qui auraient établi un contrôle sur les notes d'honoraires. Rien n'aurait été et ne serait plus facile que de créer ce rouage.

Si le tarif officiel actuel ne peut satisfaire complètement les médecins parce que le taux fixé par ce tarif est inférieur à celui qu'ils seraient en droit d'exiger, c'est-à-dire au tarif ouvrier, il faut reconnaître cependant qu'ils peuvent se défendre plus facilement, grâce à lui, contre les prétentions des Compagnies d'assurances. Le libre choix du médecin par le blessé, officiellement consacré et défendu par des sanctions pénales, permettra aux médecins de se dégager des griffes dans lesquelles les enserraient les Compagnies d'assurances. Celles-ci ne pourront plus lier les médecins à elles par des contrats et des tarifs à forfait extrêmement désavantageux pour eux ; elles ne pourront plus violer impunément la loi et, par des moyens éhontés que nous mettrons en relief plus loin, détourner les blessés de certains médecins, qui n'auront pas voulu se courber devant elles. Les médecins ont une arme contre elles, grâce à laquelle ils peuvent relever la tête et soutenir victorieusement la lutte ; c'est le principe du tarif à la visite officiellement consacré qui leur permet de se dégager des tarifs forfaitaires dérisoires.

Examinons maintenant en détail ce tarif.

ANALYSE ET CRITIQUE DU TARIF. — *Prix de la visite* (1). — *Différence entre le tarif des villes et celui des campagnes.* — Le prix de la visite, faite au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénients pour sa santé, est fixé à 2 francs.

Cet article est clair, précis et acceptable aussi bien par les médecins que par les Compagnies d'assurances. On a éprouvé le besoin de compliquer les choses, et il est ajouté à ce paragraphe que le prix de la visite doit subir des variations dans les cas suivants :

Il est augmenté et élevé à 2 fr. 50 à Paris et dans les localités où il est reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901, le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans lesdites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50.

Il est diminué et réduit à 1 fr. 50 dans les localités comptant moins de 5.000 habitants, et dans celles, quelle que soit leur population, où il est reconnu qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50.

La désignation de ces localités, a été faite par arrêté ministériel (2), après avis de la commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi, sur la demande qui devait être adressée au ministre du commerce, au plus tard dans les trois mois de la publication du tarif (3), par les Syndicats médicaux ou par les associations locales de l'Association générale des médecins de France, par les groupements professionnels ouvriers ou par les groupements professionnels patronaux intéressés.

Ainsi les médecins avaient le droit de demander jusqu'au 8 janvier 1906, un relèvement du prix de visite, à condition de faire la preuve qu'avant 1901 le prix de la visite aux ouvriers était supérieur à 1 fr. 50.

Cette preuve, demandée au maire ou au juge de paix, ne

(1) Article 1 du tarif.

(2) Du 26 juillet 1906.

(3) C'est-à-dire jusqu'au 8 janvier 1906.

pouvait être adressée au Ministère du commerce, que par la voie des Syndicats médicaux, ou des groupements ouvriers ou patronaux, le médecin isolé n'existant pas pour le ministre.

Si la réclamation était reconnue fondée, le prix de la visite fixé par le tarif devait redevenir le même que l'ancien sans toutefois dépasser 2 fr. 50.

Les tarifs ont donc été révisés dans ces conditions. La très grande majorité des réclamations avait été faite d'accord entre les médecins, les assureurs et l'administration. Pour les réclamations de ce genre, l'arrêté a fixé sans discussion le prix de 2 francs par visite.

En ce qui concerne les localités où les résultats de l'enquête paraissaient discordants, l'arrêté les désigne nominativement, mais en bornant son énumération aux noms des communes où réside le médecin demandeur, le même prix s'appliquant aux communes qu'il visite avec l'indemnité kilométrique en plus, suivant la distance.

Il y a lieu d'attirer l'attention sur la façon dont est établi le prix de la visite : on subordonne le prix de la visite au chiffre de la population. C'est une conception vraiment bizarre, et aussi inexplicable qu'injuste. Est-ce que la commission qui a présidé à l'élaboration des tarifs s'est figurée qu'on devait établir une différence entre les qualités professionnelles du médecin de campagne et du médecin de ville ? Nous ne pensons pas qu'elle aurait commis cette erreur fantastique de vouloir diviser les médecins en deux classes selon qu'ils sont établis à la campagne ou à la ville, et de croire que ceux-ci doivent toucher des honoraires supérieurs à ceux-là. Le diplôme de docteur n'établit-il pas une égalité absolue entre tous ceux qui en sont possesseurs ? Le docteur en médecine lorsqu'il sort de la Faculté n'a-t-il pas le droit de s'établir aussi bien à la ville qu'à la campagne ?

Que l'on ne vienne pas nous objecter non plus que cette différence de traitement est logique parce que l'on doit tenir compte de la différence dans le coût de la vie journalière, tout se payant plus cher à la ville qu'à la campagne.

C'est en tout cas une façon bien maladroite d'engager les jeunes médecins à quitter les centres où ils affluent, pour habiter les campagnes où ils font défaut.

D'autre part, le traitement des blessés présente-t-il plus de difficultés à la ville qu'à la campagne? C'est juste le contraire qui se produit en réalité. Pour procéder à une opération, par exemple, il n'est pas douteux que le médecin de campagne a moins de facilités et plus de frais pour se procurer les instruments nécessaires et les faire stériliser que le médecin de ville; et cependant il doit avoir la même somme de connaissances scientifiques pour mener à bien cette opération. Pourquoi donc le prix des opérations varie-t-il suivant le chiffre de la population? Nous avouons ne pas comprendre, et nous espérons que les médecins obtiendront entière satisfaction sur ce point, en voyant disparaître du prochain tarif officiel cette inégalité injustifiable que l'on a introduite parmi eux.

Revenons aux indications données par le tarif.

Le prix de la consultation (1) au cabinet du médecin est inférieur de 50 centimes au prix de la visite. Ainsi, dans les pays où le prix de la visite est de 2 fr. 50, la consultation ne sera payée que 2 francs; dans un autre où le prix de la visite est de 1 fr. 50, la consultation ne sera payée qu'un franc.

Pour un pansement fait au cours de la première visite ou consultation, le prix de ces dernières est doublé. Mais pour les pansements faits au cours des visites ou consultations suivantes, le prix du pansement est compris dans celles-ci sans que le médecin ait droit à un supplément d'honoraires(2).

Le prix de la visite est doublé, lorsqu'elle doit avoir lieu à heure fixe dans le cas spécial où le médecin, désigné par le patron pour le renseigner sur l'état de la victime, doit se rencontrer hebdomadairement auprès du blessé avec le médecin traitant (3).

(1) Article 2 du tarif.

(2) Article 3 du tarif.

(3) Article 4 du tarif.

Le prix de la visite est triple lorsqu'elle a lieu entre 9 heures du soir et 6 heures du matin dans les cas graves et pressants (1).

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite en plus dans la limite d'un maximum de cinq visites (2).

Enfin, dans le cas où un médecin est appelé en consultation dans les cas graves et pressants, le prix de la consultation équivaut à quatre visites, tant pour le médecin traitant que pour le médecin consultant (3).

Indemnité kilométrique. — Suppression de l'indemnité kilométrique dans la commune de résidence. — Outre le prix tarifé que nous venons d'indiquer, donne lieu à une indemnité kilométrique toute visite exigeant un déplacement du médecin dans une commune qu'il ne visite pas régulièrement ou dans laquelle il ne donne pas de consultations à jours fixes (4); même dans ce cas l'indemnité est due s'il y a lieu à un déplacement spécial d'urgence.

Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé, à raison de : 1^o 20 centimes si le trajet a été effectué en chemin de fer; 2^o 40 centimes si le transport a lieu autrement.

Elle ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuée au médecin le plus rapproché.

Elle est réduite des trois quarts, lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui.

Elle est majorée de moitié, lorsque la visite doit être faite d'urgence entre 9 heures du soir et 6 heures du matin.

(1) Article 5 du tarif.

(2) Article 6 du tarif.

(3) Article 7 du tarif.

(4) Article 8 du tarif.

Ainsi donc, le prix de la visite dans la commune du médecin est uniforme, quelle que soit la distance parcourue. Or, il est des communes dont la superficie du territoire est très étendue, surtout en pays de montagne et dans ceux à population clairsemée. Il ne manque pas de pays où les médecins doivent se rendre dans des hameaux situés à plusieurs kilomètres de la commune même ; or, dans ce cas ils n'ont droit à aucune indemnité de déplacement, ce hameau étant compris dans les limites de leur commune.

Et si l'on calcule le prix de revient du kilomètre soit en chemin de fer, soit en voiture, soit en automobile, on arrive à cette constatation que, déduction faite de la dépense occasionnée par le moyen de transport, une visite peut rapporter au médecin une somme tellement infime qu'elle en est ridicule, ou même qu'elle peut lui être à charge. Il est certain qu'il est souverainement injuste dans ces conditions de ne pas accorder au médecin d'allocation de déplacement dans sa commune de résidence.

D'autre part, quand un médecin se rend dans une commune autre que celle où il réside, l'indemnité de déplacement n'est comptée qu'à partir de la limite du territoire de la commune de résidence. Or, il n'est pas facile de fixer cette limite : que le trajet soit effectué en chemin de fer ou en voiture, il faut fixer l'endroit où la ligne de chemin de fer ou la route franchit la limite de la commune de résidence pour pénétrer dans la commune voisine. Que de complications dans l'établissement des mémoires d'honoraires !

En outre, qu'entendre par ces mots : « Une commune qu'il ne visite pas régulièrement ? » à quelle limite de temps s'arrêtera-t-on pour fixer la valeur du mot régulièrement ?

En résumé, on veut indemniser le médecin de ses frais de transport ; or, ceux-ci existent aussi bien sur la commune de sa résidence que sur la commune voisine : pourquoi ne pas en tenir compte ? La façon actuelle de mesurer et de rétribuer les parcours est donc absolument illogique et injuste.

Outre le prix de la visite et l'indemnité de déplacement, le tarif officiel s'occupe encore du prix des certificats (1), dont nous avons parlé, des allocations pour opérations chirurgicales, et de la forme dans laquelle doit être présentée la note d'honoraires.

Allocations pour opérations. — Les *allocations pour soins médicaux et opérations de petite chirurgie* (2) donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, à des honoraires équivalant au prix d'une à dix visites ou consultations selon l'importance de l'opération. Le tarif de ces opérations est spécifié dans l'arrêté ministériel.

En vertu de la distinction que nous avons signalée plus haut entre le médecin de ville et celui de campagne, le prix pour une même opération varie donc d'une localité à l'autre, proportionnellement au prix de la visite.

Les *allocations pour opérations de grande chirurgie* (3) varient entre 20 et 200 francs et proportionnellement aussi au prix de la visite.

En ce qui concerne les *allocations pour certaines opérations comportant, suivant les cas, un maximum et un minimum* (4), qui jugera ces cas ? Que de discussions encore en perspective à ce sujet !

La *rémunération des aides pour opérations de grande chirurgie* (5) est fixée au quart du prix de l'opération pour chaque aide, sans que, quel que soit le nombre des aides, la rémunération totale puisse dépasser la moitié de ce prix.

Le tarif fixe également les *honoraires attribuables aux médecins spécialistes*, oculistes et oto-rhino-laryngologistes, auxquels le blessé doit s'adresser sur l'avis écrit du médecin traitant (6).

(1) Article 9 du tarif.

(2) Article 10 du tarif.

(3) Article 11 du tarif.

(4) Article 12 du tarif.

(5) Article 13 du tarif.

(6) Article 14 du tarif.

Forme dans laquelle doit être présentée la note d'honoraires (1). — La note d'honoraires doit être signée du médecin traitant et contenir :

1° Les nom et adresse du médecin traitant; 2° les nom et adresse du blessé; 3° les nom et adresse du chef d'entreprise; 4° la date de l'accident; 5° la commune où le blessé a été soigné; 6° la distance kilométrique entre la mairie de la commune où le blessé a été soigné et la limite de la commune où réside le médecin, s'il y a lieu; 7° l'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que des circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnités de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix; 8° la dénomination exacte des opérations d'après le tarif (avec explication du prix fixé au cas où le tarif comporte un maximum et un minimum); 9° l'indication, s'il y a lieu, des fréquences de visite ou consultations et de tout ce qui dans le traitement a pu présenter un caractère anormal; 10° le total des honoraires.



La question des tarifs médicaux pour accidents du travail est loin d'être encore résolue. A l'assemblée générale des syndicats médicaux de novembre 1906, on s'est demandé s'il fallait se résigner à accepter les prix généraux d'un tarif officiel ou réclamer encore l'application des tarifs ouvriers de chaque région. A notre avis, les médecins doivent poursuivre sans relâche la réalisation de cette dernière revendication.

On a préconisé pour faciliter la campagne entreprise à ce sujet la façon de faire suivante : tout médecin devrait faire signer à l'ouvrier un papier où celui-ci reconnaîtrait le cadeau que le médecin lui fait en ne lui réclamant pas la différence entre le chiffre d'honoraires porté sur la note et celui payé par la Compagnie d'assurances grâce au tarif officiel; il devrait envoyer ensuite cette attestation à l'Union des

(1) Article 15 du tarif.

syndicats médicaux de France. L'accumulation de ce dossier permettrait aux délégués des syndicats de donner plus de poids à leurs réclamations auprès de la commission qui refond les tarifs tous les deux ans. Il ferait éclater avec évidence aux yeux des moins éclairés la preuve de la perte que l'application du tarif officiel fait éprouver aux médecins. Cette perte est indubitable, et le seul élément avantageux qui ait été concédé par le tarif c'est que le principe du tarif à la visite a été officiellement consacré, et que le tarif à forfait si en honneur auprès des Compagnies d'assurances à vécu.

L'état actuel des revendications médicales au sujet du tarif officiel nous paraît avoir été particulièrement bien précisé dans un ordre du jour adopté à l'unanimité par la dernière assemblée générale du *Concours médical* (1). Cet ordre du jour repousse : le prix de 1 fr. 50 par visite, la façon de mesurer la valeur des soins au chiffre de la population, la façon injuste de calculer l'indemnité kilométrique, l'unification du prix de l'indemnité kilométrique dans toutes les régions, l'abaissement du prix du certificat à 2 francs, et invite les délégués des syndicats médicaux à la commission du tarif accidents à refuser toutes négociations futures, si satisfaction ne leur est pas accordée sur ces points.

CONTESTATION D'HONORAIRES. — Nous venons de voir sur quelles bases doivent être établies les notes d'honoraires ; mais le médecin peut avoir des difficultés pour en obtenir le paiement. En ce cas les contestations relatives au paiement des frais médicaux sont de la compétence du juge de paix.

Le juge de paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision (2). Il n'est plus compétent après consolidation de la blessure.

(1) 19 novembre 1906.

(2) Article 15 de la loi de 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905.

Faisons remarquer, chose importante, que le médecin a le droit d'actionner directement le patron, qu'il ait été choisi par celui-ci ou par l'ouvrier. La loi du 31 mars 1905 (1) a sanctionné en effet purement et simplement une jurisprudence déjà établie, qui permettait aux médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers de réclamer directement au chef d'entreprise les frais médicaux dus par lui pour l'ouvrier blessé.

En cas de contestation, c'est le patron et non la Compagnie d'assurances que le médecin doit assigner ; la Compagnie n'existe pas légalement pour lui ; il n'y a que deux parties en cause, l'ouvrier et le patron.

Ajoutons que la prescription d'un an à dater du jour de l'accident 2) n'est pas applicable aux honoraires dus aux médecins pour soins donnés à des victimes d'accidents du travail.

En outre les créances relatives aux frais médicaux jouissent du privilège de l'article 2101 du Code civil dans lequel il est inscrit sous le n° 6 (3). Ce privilège est ainsi rangé après ceux qui sont accordés aux frais de justice, aux frais funéraires, aux frais de la dernière maladie, aux salaires des gens de service, et aux fournitures de subsistances.

5. Hospitalisation des blessés. — Le médecin joue un dernier rôle dans la loi, en tant que médecin d'hôpital.

La loi du 31 mars 1905 a réglé la question de l'hospitalisation des blessés (4). Elle dit que le chef d'entreprise est seul tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris, ni 3 fr. 50 partout ailleurs. Il est ajouté

(1) Article 4, al. 4.

(2) Article 18.

(3) Article 23.

(4) Article 4.

que les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise.

La circulaire ministérielle du 3 mai 1905 revient sur cette question et explique que le nouveau texte résout deux graves difficultés, l'une relative aux tarifs d'hospitalisation, l'autre aux contestations qu'avait fait naître le partage de ces frais entre le patron et la victime, quelques tribunaux ayant accueilli la prétention du patron débiteur de l'indemnité journalière de ne payer seulement, en cas d'hospitalisation, que la part correspondant aux frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, à l'exclusion de celle qui représente les frais de subsistance et de séjour à l'hôpital.

Aux termes du nouvel article 4, le chef d'entreprise doit supporter, dans tous les cas, la totalité des frais d'hospitalisation cumulativement avec l'indemnité journalière. « Cette solution, ajoute la circulaire, s'inspire de cette idée, aujourd'hui avouée de tous, que, dans tous les cas d'accidents graves, une hospitalisation bien aménagée présente aussi bien pour le chef d'entreprise ou son assureur que pour la victime elle-même des avantages évidents, puisqu'elle assure un traitement spécialisé qui hâte la guérison, et réduit au minimum les complications en cours de traitement. »

La circulaire ministérielle en s'exprimant ainsi insinue que les médecins praticiens ne sont pas capables de donner des soins aussi éclairés que dans les hôpitaux; elle pousse aussi d'une façon non équivoque tous les blessés à prendre le chemin de l'hôpital et nie ainsi l'esprit de la loi concernant les hôpitaux qui doivent être réservés aux seuls indigents.

Elle ajoute encore que, pour mettre un frein aux exigences possibles des administrations hospitalières et pour soutenir les intérêts des industriels « qui ne peuvent être à la merci de leurs prétentions ou de celles des médecins, » il a été disposé que les frais d'hospitalisation tout compris ne pourront dépasser le tarif d'assistance médicale gratuite majoré de 50 %, et que ce tarif comprend tous les frais, sans que le débiteur de ces frais puisse être en butte à aucune récla-

mation soit de l'hôpital, soit des médecins qui y traitent les victimes, soit des pharmaciens qui y fournissent des médicaments.

Il est donc bien spécifié par cette loi de 1905 que les médecins d'hôpitaux n'ont plus droit à réclamer des honoraires supplémentaires au patron du blessé qu'ils soignent à l'hôpital, ainsi que leur avaient accordé de nombreux jugements avant la loi de 1905; et la circulaire fait connaître que si des difficultés nouvelles venaient s'élever sur ce point, malgré le sens très net du texte et des discussions qui en ont précisé la portée, le ministre fournirait des éclaircissements complémentaires, sauf à se concerter, s'il en était besoin, avec son collègue de l'intérieur.

Cependant il reste un moyen pour les médecins d'hôpitaux de province de toucher des honoraires supplémentaires pour les accidents du travail; c'est de s'entendre avec l'administration des hospices pour que celle-ci majore son prix de revient de journée de 50 % sans dépasser 3 fr. 50 par jour et attribue cette majoration au médecin qui soigne le blessé (1). D'ailleurs pour éviter d'être exploités, ils ont le droit absolu de veiller à ce que le malade ne reste pas hospitalisé au delà du temps nécessaire.

*
* *

Responsabilité médicale. — Dans tous ces rôles divers le médecin peut voir sa responsabilité engagée.

C'est ainsi que la loi du 31 mars 1905 (2) rend le médecin responsable des certificats qu'il délivre dans les affaires d'accidents du travail. Il est passible d'une amende de 16 à 300 francs, et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 à 2.000 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal, s'il a,

(1) A Meulan, à Chevreuse, à Albertville, les commissions hospitalières attribuent suivant le cas aux médecins de l'hôpital une part de 0 fr. 50 à 1 franc sur le prix de la journée. C'est une mesure qui devrait se généraliser.

(2) Addition à l'article 30.

dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents.

Les expertises peuvent également engager la responsabilité du médecin, soit au point de vue pénal pour crime de faux en écriture authentique, soit au point de vue civil pour refus de remplir la mission confiée et acceptée après prestation de serment, pour retard dans le dépôt du rapport, pour négligences graves dans la rédaction du rapport, pour faute lourde dans l'examen du blessé, c'est-à-dire pour toute négligence **inexcusable**.

Le médecin peut être déclaré pécuniairement responsable des frais entraînés par une nouvelle expertise et condamné à payer une indemnité pour le retard apporté par sa faute au règlement du litige.

Sa responsabilité peut aussi être engagée selon le droit commun en cas de faute lourde de thérapeutique dans les soins donnés, faute lourde ayant occasionné une aggravation d'incapacité. Les Compagnies d'assurances ne se font pas faute de rechercher ces responsabilités à l'occasion pour créer ainsi des ennuis aux médecins.

Les Compagnies d'assurances-accidents. — Les Compagnies d'assurances méritent une place à part dans l'étude de la loi sur les accidents du travail envisagée au point de vue médical.

Les chefs d'entreprise ont le droit de se décharger des obligations qui leur sont imposées par la loi de 1898, en usant de divers procédés.

Ils peuvent conserver la responsabilité du risque encouru et acquitter eux-mêmes à leurs risques et périls les frais et indemnités qui leur incombent du fait d'un accident, mais presque tous ont été forcés, sous peine de se voir bientôt acculés à la ruine si la malchance s'acharnait contre eux, d'avoir recours à l'assurance pour se préserver des accidents malheureux, assurance dont les différents modes ont été fixés par la loi.

Il importe dans le choix des différents modes d'assurance de faire une distinction entre les frais médicaux, funéraires et indemnités temporaires, d'une part, et les indemnités pour incapacité permanente et décès, d'autre part. Nous avons vu que les chefs d'entreprise peuvent se décharger des premiers sur une Compagnie d'assurances, ou une Société de secours-mutuels.

En ce qui concerne les indemnités pour incapacité permanente et décès, les chefs d'industrie ont le choix entre quatre solutions.

1) Ils peuvent les payer eux-mêmes s'ils ne sont pas assurés.

En ce cas le capital n'est exigible, tant qu'ils sont à la tête de leurs affaires, que dans des cas exceptionnels (1). Toutefois, ceux qui désirent se libérer en une fois ont la faculté d'effectuer le versement du capital représentatif de leur dette à la Caisse nationale des retraites (2).

2) Ils peuvent se décharger sur une Compagnie d'assurances mutuelles ou à primes fixes contrôlées par l'Etat.

3) Ils peuvent s'affilier à un syndicat de garantie autorisé par l'Etat.

4) Ils peuvent contracter une assurance à la Caisse nationale d'assurances contre les accidents.

Comment fonctionnent ces assurances ? En quoi peuvent-elles intéresser le médecin ?

1° *Sociétés d'assurances mutuelles et à primes fixes.* — Il y a deux espèces de sociétés d'assurances : les sociétés d'assurances à primes fixes et les sociétés d'assurances mutuelles.

Les sociétés d'assurances à primes fixes assurent le paiement des diverses indemnités mises à la charge de l'assuré moyennant le versement, chaque année, d'une somme déterminée à forfait. L'assuré a ainsi l'avantage de connaître à l'avance la prime fixe qui lui est imposée et peut prendre ses dispositions pour la payer ; il est dégagé de tout risque,

(1) Prévus aux articles 3, 9 et 21.

(2) Calculé suivant le tarif paru au *Journal Officiel* du 9 novembre 1906.

mais en revanche il ne bénéficie jamais d'une diminution de prime si la Compagnie n'a pas eu beaucoup de sinistres à régler.

Les sociétés d'assurances mutuelles sont constituées par des associations de patrons, qui, sans capital social, mettent en commun les charges effectives incombant à chacun d'eux. Les assurés sont donc en même temps leurs propres assureurs. Le but de ces sociétés est de faire couvrir par la collectivité, à l'exclusion de toute idée de spéculation, les sinistres effectifs supportés par l'un quelconque de leurs membres. Les cotisations sont donc variables d'une année à l'autre mais ne peuvent dépasser un maximum fixé par les statuts.

Les sociétés d'assurances à primes fixes ont liberté absolue pour fixer le montant et le mode de paiement de leurs primes.

Elles se réservent en général la direction absolue et exclusive de toutes les instances. A cet effet, elles obligent leurs assurés à déclarer, dans un délai qui varie de quarante-huit heures à cinq jours, tous les accidents survenus dans leurs entreprises, et à leur transmettre un certificat médical et tous les renseignements nécessaires. Elles sont autorisées à poursuivre à leurs frais et risques, aux lieu et place de l'assuré, le règlement de l'indemnité (1).

Elles sont seulement astreintes à certaines obligations et soumises à un contrôle permanent, de même que les syndicats de garantie (2). Une modification de l'article 27 en 1905 permet en outre au Ministre du commerce (3) de prendre à toute époque un arrêté mettant fin aux opérations d'une société d'assurances qui ne remplit plus les conditions prévues par la loi. De plus, un arrêté ministériel (4) a donné la liste des sociétés admises à pratiquer l'assurance contre les accidents.

(1) Article 16 de la loi.

(2) Article 27, décret du 28 février 1899.

(3) Après avis du comité consultatif des assurances nommé par décret du 20 mai 1905.

(4) Paru dans le *J. Off.* du 28 novembre 1904.

A côté de ces sociétés à prime fixe et mutuelles, signalons encore les syndicats de garantie.

2° *Syndicats de garantie*. — Ce sont des associations autorisées de patrons liés solidairement pour s'assurer mutuellement contre le risque professionnel. Donc, dans le syndicat de garantie, contrairement aux sociétés d'assurances mutuelles qui ont un maximum de contribution, tous les adhérents sont engagés sans limites et sont tenus à couvrir intégralement la somme mise à la charge du syndicat par les sinistres survenus, aussi élevée que puisse être cette somme.

Mais il réduit au minimum ses frais de gestion, n'étant pas tenu à la constitution des capitaux représentatifs des pensions.

Ces syndicats peuvent payer, comme les sociétés d'assurances, les indemnités temporaires. Mais un syndicat doit comprendre au moins 5.000 ouvriers assurés et 10 chefs d'entreprise adhérents dont 5 occupant au moins 300 ouvriers ; il est donc réservé à la grande industrie. Aussi n'en existe-t-il actuellement que deux.

Pour rendre toujours possible aux patrons l'assurance, la loi a créé un rouage spécial : la Caisse nationale d'assurances.

3° *Caisse nationale d'assurances*. — Certains chefs d'entreprise ont vu, devant le grand nombre de sinistres survenus parmi leurs employés, leur police résiliée par plusieurs Compagnies d'assurances. C'est pour leur permettre de pouvoir se garantir des risques courus, chose qu'ils ne pourraient pas faire puisque les Compagnies d'assurances refusent de les assurer, qu'on leur permet de s'adresser alors à l'Etat.

C'est pourquoi la loi du 24 mai 1899 a autorisé la Caisse nationale d'assurances (1) à étendre ses opérations aux accidents régis par la loi de 1898.

Elle n'a pas à rechercher la réalisation de bénéfices, mais doit seulement se suffire à elle-même ; on peut donc la

(1) Fondée par la loi du 11 juillet 1868.

comparer à une Compagnie d'assurances mutuelles d'industries diverses.

La seule différence qui la caractérise, c'est qu'elle exclut de sa garantie les accidents suivis seulement d'incapacité temporaire.

Les conditions générales des polices de cette Caisse se rapprochent de celles des Compagnies privées. Elle a un tarif de primes officiel (1).

*
* *

L'application de la loi de 1898 a eu pour conséquence d'obliger presque tous les patrons et chefs d'entreprises à s'assurer pour préserver des risques l'avenir de leurs maisons. De là l'énorme développement qu'ont pris les Compagnies d'assurances à primes fixes, qui constituent pour les patrons la plus simple et la meilleure forme d'assurance, les mettant à l'abri de tout risque par le paiement d'un prix annuel forfaitaire, qui rentre dans leurs frais généraux. Partout ces Compagnies d'assurances se substituent aux patrons responsables.

De plus en plus, quand les médecins réclameront leurs honoraires, c'est aux Compagnies d'assurances qu'ils devront s'adresser. De plus en plus, par conséquent, les médecins auront à lutter contre elles ; car c'est, en effet, de lutte qu'il faut parler ici, la puissance des Compagnies étant telle, que bien souvent elles n'ont pas hésité à écraser sous leurs prétentions exagérées le malheureux médecin.

Exploitation des Médecins par les Compagnies d'assurances. — Les Compagnies d'assurances sont de riches collectivités constituées dans un but de spéculation. Elles sont fondées avec de gros capitaux ; l'intérêt pour elle prime tout ; il leur faut le plus de bénéfices possible ; elles n'ont pas d'autre but en se créant.

(1) Tarif approuvé par décrets des 26 mai 1899, 14 avril 1900, 4 décembre 1901, 8 décembre 1904.

Aussi n'est-il pas étonnant que, pour arriver à ce résultat, elles s'ingénient à réduire les frais de toute nature qui leur incombent. Or ces frais se composent notamment des indemnités qu'elles doivent verser aux blessés qui sont leurs assurés, et des frais médicaux que réclament les médecins qui ont soigné ces blessés. Il ne leur est pas facile d'échapper à l'obligation d'acquitter les premiers, et c'est surtout les seconds qu'elles ont cherché à diminuer en s'assurant le concours de médecins qu'elles rétribuent d'une façon dérisoire.

Or, les médecins, en subissant les exigences des Compagnies d'assurances, ne font qu'enrichir les actionnaires de ces Sociétés financières, et c'est à leurs dépens que ceux-ci encaissent d'énormes bénéfices.

Chaque administrateur touche de fructueux jetons de présence; 10 % des bénéfices bruts sont répartis entre eux; chaque président possède un traitement de 50.000 francs; celui des sous-directeurs et inspecteurs est à l'avenant.

Et ce sont ces administrateurs à gros appointements qui prétendent que le médecin est trop honoré au tarif ouvrier, et veulent lui imposer un tarif à forfait dérisoire.

Ce sont eux qui prétendaient, avant le vote de la loi de 1905, que, si on les obligeait à payer aux ouvriers le demi-salaire dès le premier jour de l'accident et aux médecins leurs honoraires selon le tarif ouvrier substitué au tarif de l'Assistance médicale gratuite, ce serait porter un grand coup à l'industrie française, qui serait obligée de payer alors aux Compagnies des primes plus élevées. En réalité, ce sont les Compagnies qui prélèvent sur les industriels, les blessés et les médecins, une véritable dime pour leur permettre de répartir entre leurs actionnaires de gros traitements et de gros dividendes.

On comprend alors qu'avec cette mentalité les Compagnies d'assurances défendent leur caisse avec une âpreté qui n'a d'égale que leur peu de scrupule.

Médecins des Compagnies d'assurances. — C'est pour réduire

leurs frais médicaux dans la plus grande mesure possible que les Compagnies d'assurances confiaient avant la loi de 1898 à des médecins choisis par elles, rémunérés par elles, le soin de se rendre auprès des blessés de leurs assurés, de faire les certificats nécessaires et même de les soigner et de les guérir le plus rapidement possible. L'ouvrier blessé était astreint, s'il voulait avoir droit à son indemnité de demi-salaire, à se laisser examiner par le médecin de la Compagnie et à exécuter ses ordres. Or il ne pouvait pas avec sa faible indemnité se nourrir et acheter des médicaments; de son côté, le médecin de la Compagnie ne tenait pas à lui prodiguer des soins ultérieurs qui ne lui donnaient pas droit, de par son contrat, à des honoraires supplémentaires. Aussi engageait-il le blessé à aller à l'hôpital. Blessé et médecin y trouvaient leur intérêt, la Compagnie d'assurances également; quant aux autres médecins ils ne subissaient de ce fait aucun préjudice, les soins qu'ils auraient pu donner à des blessés peu fortunés leur étant rarement payés.

Toutefois les Compagnies, en imposant des médecins spéciaux aux blessés, causaient un préjudice d'une autre nature aux médecins qui n'étaient pas affiliés à elles; elles mettaient leurs médecins en rapport avec les clients de leurs confrères, et il en résultait que les blessés, dans l'espoir d'obtenir un bon certificat du médecin de la Compagnie, l'appelaient pour soigner également leurs femmes et leurs enfants. Et cet appât facilitait aux Compagnies le recrutement de leurs médecins, aux yeux desquels elles faisaient miroiter cet avantage.

Elles étaient ainsi arrivées à constituer un corps médical spécial qui avait le monopole de la médecine d'accidents. Elles avaient toute puissance sur ces médecins qui étaient obligés de se conformer à leurs ordres secrets dans la crainte de voir leur situation brisée, si dans l'appréciation d'un accident ils écoutaient strictement les conseils que leur dictait leur conscience.

La loi de 1898 a profondément modifié les choses. Elle

garantit aux médecins la légitime rétribution de leurs peines en mettant les frais médicaux à la charge des patrons ou autrement dit des Compagnies d'assurances; elle autorise en outre le blessé à choisir son médecin, et à ne pas prendre exclusivement celui de la Compagnie. Le blessé, n'ayant plus alors à supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, peut se nourrir avec son indemnité journalière et se faire soigner chez lui par son médecin habituel sans aller à l'hôpital.

Il en résulte que les conditions dans lesquelles les médecins de Compagnies se trouvaient vis-à-vis de leurs confrères sont changées. Comme ils ont encore tendance maintenant à envoyer à l'hôpital les blessés soumis à leur examen, il arrive que le médecin, qui soigne depuis de nombreuses années une famille d'ouvriers sans pouvoir se faire payer et peut espérer enfin être rémunéré des soins donnés à la suite d'un accident de travail, se voit dépouiller par le médecin de la Compagnie de son client qui est guidé vers l'hôpital. Pourquoi le médecin de l'assurance hésiterait-il à agir ainsi? Il a fait le certificat; il a encaissé ses honoraires; le reste lui importe peu. Il prend donc un client à son confrère, il envoie ce client dans un lit d'indigent à l'hôpital où le médecin qui le soignera ne sera pas payé : ainsi du même coup il lèse deux confrères, le budget des pauvres et les contribuables, et est le seul à retirer un bénéfice de cette belle opération.

Procédés d'intimidation employés par les Compagnies d'assurances envers les médecins, les blessés et les patrons. — Les Compagnies d'assurances avaient donc, avant la loi de 1898, un service médical à leur dévotion. Elles y trouvaient tant d'avantages que, quoique le principe du libre choix du médecin par le blessé ait été reconnu par la loi, elles continuèrent à vouloir asservir les blessés à leurs médecins. Il y eut une véritable entente entre toutes les Compagnies pour tourner la loi et terroriser les patrons, les blessés et les médecins. Les Compagnies se sont formées en

de véritables syndicats, et leurs directeurs se réunissent pour étudier les procédés à employer dans ce but.

Ces procédés sont presque toujours la menace, la calomnie et l'intimidation. Elles en usent à l'égard des médecins qui ne veulent plus se prêter à leurs caprices, et à l'égard des ouvriers qui usent de leur droit.

C'est ainsi qu'elles ne craignent pas de menacer les médecins qui refusent leurs forfaits d'envoyer dans la région des médecins concurrents soutenus par leur caisse.

Voici à ce propos une lettre reçue par un médecin en 1903 qui est particulièrement édifiante :

« Monsieur le Docteur. — Vous n'ignorez pas sans doute
« que toutes les Compagnies d'assurances à primes fixes se
« sont associées pour se communiquer ce qui se passe parmi
« les assurés, entre autres les faits et gestes des médecins
« qui ont l'habitude de soigner les blessés.

« Nous allons, Monsieur le Docteur, si vous persistez à ne
« pas vouloir accepter un tarif à forfait par sinistre, fût-il de
« 15 francs par sinistré les uns dans les autres, être con-
« traint de soumettre à la réunion des assureurs la corres-
« pondance que vous nous avez adressée, et celle que vous
« avez adressée à l'un de nos assurés.

« La solution devra être, ou l'acceptation par les médecins
« de X... d'un tarif raisonnable, ou l'envoi dans votre ville d'un
« médecin agréé par la réunion des assureurs à qui il sera
« assuré un minimum raisonnable.

« Cela a été fait dans plusieurs autres localités, où nous
« avons rencontré des médecins récalcitrants, et nous nous
« en sommes trouvés très bien. »

Nous citerons également, à ce sujet, les paroles prononcées à la tribune de la Chambre par M. Poulain, député socialiste (1) :

« Ce qui est inouï, disait-il, c'est qu'au moyen d'une loi faite dans l'intérêt des travailleurs en vue d'assurer aux blessés tout au moins un morceau de pain et quelques

(1) En déposant en 1901 un amendement à l'article 4 de la loi de 1898.

soins, les Compagnies d'assurances aient pu exploiter une autre catégorie d'individus, celle des médecins.

« Savez-vous comment elles opèrent ? Armées de la loi, elles envoient un de leurs agents trouver un médecin d'une localité où il y a une usine. Et voici le langage que l'on tient à ce médecin : Vous êtes le médecin de la localité ; si vous voulez accepter d'être le médecin de l'assurance, vous serez garanti contre toute concurrence ; si vous n'acceptez pas, la Compagnie va être obligée de choisir un autre médecin.

« Si ce médecin consent à soigner les malades à forfait suivant la gravité des blessures, il pourra conserver sa clientèle, sinon on lui suscite un concurrent.

« S'il y a quelques médecins qui travaillent pour accroître leur luxe, la plupart travaillent pour vivre, pour gagner leur pain. En raison de cette situation, ou bien le médecin est obligé de subir la volonté de la Compagnie d'assurances, ou bien de lutter contre la concurrence du confrère qu'on lui oppose. »

Un autre procédé d'intimidation courant consiste à mettre les médecins qui résistent à l'index. Les agents des Compagnies parcourent les chantiers en recommandant aux patrons de ne pas les faire appeler en cas d'accident, allant même jusqu'à les menacer s'ils n'obéissent pas à ce mot d'ordre de résilier leur police. Ils obligent les patrons à leur adresser leurs sinistrés, sermonnent ceux-ci, et usent de tous les moyens pour les contraindre à se rendre chez le médecin de la Compagnie.

Ici un médecin est appelé par un patron, qui est son client, pour visiter un blessé. L'agent de la Compagnie vient lui demander de soigner le blessé au tarif forfaitaire de la Compagnie ; le médecin refuse. L'agent intime l'ordre au patron de congédier le médecin et de prendre celui de la Compagnie : le patron intimidé obéit.

Là un médecin envoie une note d'honoraires de 200 francs à un patron. Celui-ci la présente à la Compagnie qui offre 30 francs. Le médecin assigne aussitôt le patron ; quarante-

huit heures après il était désintéressé par la Compagnie. Mais en même temps celle-ci, comme c'était son droit, résiliait la police du patron.

Autre part c'est un patron qui refuse de payer la totalité de la somme réclamée par le médecin du blessé et en offre la moitié. Il déclare en même temps à son ouvrier que s'il met le moindre obstacle à cet arrangement le médecin sera payé intégralement, mais que lui, par contre, se verra renvoyé.

Parfois ce sont les médecins de Compagnies eux-mêmes qui emploient la menace pour enlever des clients à leurs confrères. Ils effraient les blessés en leur disant que, s'ils prennent un médecin autre qu'eux, les appareils dont ils ont besoin ne seront payés ni par le patron ni par la Compagnie, et qu'eux seuls ont le pouvoir de les leur faire obtenir gratuitement.

Le juge de paix d'Ivry (1) a dressé procès-verbal en audience publique contre une Compagnie d'assurances qui, ne se contentant pas de menaces verbales, avait eu l'imprudence d'imprimer sur les feuilles d'accident, portant en tête le nom du médecin de la Compagnie, l'avis comminatoire suivant : « Le blessé qui refuse de se rendre aux consultations indiquées par le médecin et de se conformer à ses prescriptions perd son droit à l'indemnité à partir de la dernière visite. » Il y avait bien là, en effet, atteinte portée au droit de l'ouvrier de choisir librement son médecin par menace de refus de l'indemnité. Le procès-verbal fut transmis au parquet de la Seine.

« Le litige qui y a donné lieu, dit à ce propos le *Journal*, a révélé de quelle façon dérisoire les médecins agréés par les Compagnies d'assurances sont rémunérés. Moyennant un forfait de 6 francs pour les polices sans service médical et de 8 francs avec service médical, le médecin doit faire toutes constatations et donner tous ses services, opérations comprises, à l'ouvrier, jusqu'à sa guérison. Le médecin

(1) *Journal*, 3 août 1906.

s'interdit même le droit de réclamer les visites faites à son domicile, s'il n'a préalablement obtenu l'autorisation de la Compagnie. »

Un procédé de combat également fort en honneur auprès des Compagnies consiste à vouloir interdire au médecin traitant le droit de faire les certificats nécessaires. L'Etat lui-même suit à cet égard l'exemple des Compagnies d'assurances. Qu'on en juge ! Par lettre du 30 mai 1903, un chef de service, signant à la place du directeur de l'Imprimerie Nationale, priait un docteur de ne délivrer à l'avenir aucun certificat pour accidents du travail, « les pièces de cette nature devant être exclusivement établies par le médecin de l'établissement. »

Que penser de l'attitude de ce directeur d'un établissement de l'Etat, qui devrait donner l'exemple de la soumission aux lois, et qui, au contraire, s'insurge contre la volonté du législateur qui entend laisser à l'ouvrier le droit de choisir son médecin et au patron l'obligation de le payer.

Les Compagnies usent encore d'un autre procédé. Elles contestent constamment les notes d'honoraires établies normalement ; elles se laissent poursuivre en justice, elles accumulent les chicanes comme à plaisir, espérant ainsi, en créant des ennuis aux médecins, les faire renoncer à soigner les blessés du travail, et leur laisser toute latitude pour régler les frais médicaux à leur fantaisie au moyen de leurs médecins complaisants.

Voici un exemple. Une Compagnie d'assurance, avertie par le médecin traitant d'un blessé assuré à cette Compagnie qu'une opération d'arthrotomie pour luxation du pied compliquée de plaie est nécessaire, ne proteste nullement, félicite même le médecin des résultats obtenus grâce à ses soins. Mais la guérison effectuée, ce médecin ne peut obtenir le règlement de ses honoraires s'élevant à 610 francs. Il est obligé d'assigner la Compagnie en justice, et obtient gain de cause comme de juste. La Compagnie fut en outre condamnée aux dépens, mais elle avait réussi à

susciter des ennuis au médecin, seul but qu'elle désirait atteindre.

Autre exemple de contestation d'honoraires. Il arrivait souvent que, sous prétexte de vérifier la maladie et l'état du blessé, le médecin de la Compagnie visitait à tout instant le blessé à l'insu du médecin traitant; puis, aussitôt la guérison réalisée, il adressait sa note à la Compagnie. Le médecin traitant envoyant lui aussi sa note peu après, la Compagnie refusait de payer ce dernier, prétextant qu'elle ne devait pas payer deux fois pour le même accident.

On pourrait citer des centaines de faits semblables à la charge des Compagnies. Ces exemples prouvent indubitablement le tort immense que les médecins subissent du fait de la création par les Compagnies de ce corps spécial de médecins qu'elles se sont attachés par la menace.

Et leur puissance est si grande, la crainte des représailles dont elles sont capables est si vive, qu'elles ont trouvé des défenseurs bénévoles de leur cause dans la magistrature chargée de faire respecter la loi. En veut-on des exemples ?

Le juge de paix d'un arrondissement de Paris était très strict à l'égard des Compagnies. Le représentant de l'une d'elles, un jour que ce juge de paix venait de lui faire perdre un procès, ne se gêna pas pour exprimer son mécontentement et se répandre en menaces contre lui. Et, en effet, peu de temps après, ce magistrat était déplacé.

Celui qui le remplaça était au contraire à la dévotion des Compagnies : c'est ainsi qu'il reprochait à un ouvrier, qui se présentait devant lui pour une contestation, de s'être fait soigner par un médecin qui, disait-il, était un associé d'agents d'affaires, plutôt que de s'être adressé au médecin de la Compagnie d'assurances.

C'est lui qui annonçait à un autre accidenté que les deux médecins qui le soignaient allaient être mis en prison pour indécatesse. Il est bon d'ajouter, pour être édifié, que ceux-ci portèrent plainte, mais que leur lettre fut jetée au panier.

Il est à remarquer, à ce propos, que la magistrature observe, à l'égard des plaintes des médecins contre les Compagnies, la même hostilité que nous avons déjà signalée autre part.

C'est ainsi que, dernièrement, le Dr de Grissac vit une plainte, qu'il avait faite au procureur de la République contre une Compagnie d'assurances dans les circonstances suivantes, rester sans effet.

Appelé par un blessé du travail, il avait pris la précaution d'avertir le médecin traitant et le chef d'entreprise que, selon la volonté de l'intéressé, il se substituait au médecin de la Compagnie. La Compagnie adressa alors à l'ouvrier deux lettres où elle lui déclarait que les honoraires réclamés par le second médecin resteraient entièrement à sa charge. Quoique ces sortes de manœuvres, traditionnelles chez les assureurs, soient aujourd'hui prévues et interdites par la loi, la plainte resta sans effet.

Autre fait semblable en Seine-et-Oise. Un blessé reçoit une lettre recommandée l'avisant que, s'il continue à être soigné par son médecin et non pas par celui de la Compagnie, on ne paiera pas les frais médicaux. Le médecin porta plainte au Parquet; mais celui-ci répondit que cette simple menace ne constituait pas un délit! Que faut-il faire alors pour être passible des peines édictées à l'article 30 contre toute personne qui aura tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin? Il est vrai que les deux avocats de la Compagnie étaient deux députés influents.

Nous avons vu que quelques juges de paix sont sous la domination des Compagnies d'assurances, craignant, par un jugement conforme à la loi, de s'attirer les représailles des personnages influents qui sont à la tête de ces Compagnies ou qui en sont les défenseurs. Et cela encourage ces Compagnies à contester les honoraires des médecins, à refuser de les payer; elles peuvent espérer obtenir gain de cause, d'autant plus qu'elles sont riches, puissantes, influentes, et que ces conditions sont suffisantes parfois, à défaut du droit,

pour triompher devant la justice actuelle des faibles et des opprimés.

Satisfactions données aux médecins par la loi de 1905. — Les médecins ont souffert bien longtemps des agissements des Compagnies d'assurances que nous venons de signaler. Le vote, dans la loi de 1905, de certaines dispositions favorables pour eux peut leur permettre de résister maintenant aux exigences de ces Compagnies.

Voyons donc quelles satisfactions ont été apportées aux médecins dans cette loi.

Tout d'abord l'article 4 reconnaît au blessé d'une façon plus précise le *droit de choisir son médecin*.

C'est la consécration officielle d'un principe que défendent depuis longtemps les médecins, et qu'ils voudraient voir appliquer dans tous leurs rapports avec les collectivités.

Non seulement ce droit est reconnu par la loi, mais il est défendu par elle : la loi de 1905 a en effet modifié l'article 30 en rendant passible d'une amende de 16 à 300 francs toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin.

Cet article, spécialement dirigé contre les agissements des Compagnies d'assurances pour protéger les ouvriers, contribuera donc à mettre fin aux procédés d'intimidation et de menace signalés plus haut, nous l'espérons du moins. C'est aux médecins à savoir user rigoureusement de leur droit dès qu'une Compagnie se laissera aller aux anciens abus.

Un autre point sur lequel les médecins ont eu gain de cause est celui-ci. L'article 4 établit que le médecin a le droit d'assigner directement le patron, et le vote du paragraphe 3 de l'article 15 étend la *compétence du juge de paix à toutes les demandes relatives aux frais médicaux* et lui reconnaît la faculté de les juger.

Les Compagnies ne peuvent plus ainsi chicaner sur le

paiement des honoraires. Auparavant elles usaient du texte peu clair de l'article 15 pour invoquer l'incompétence du juge de paix, aller devant le tribunal civil et faire dépenser de la sorte aux médecins en frais de justice le montant de leurs honoraires pour leur enlever l'envie de soigner les accidentés du travail. Maintenant, au contraire, les honoraires seront rapidement payés par les Compagnies sans que les procès deviennent coûteux et s'éternisent devant les tribunaux de première instance et d'appel.

La résistance des Compagnies est donc encore vaincue de ce côté.

Enfin, une autre modification de l'article 4 a apporté un remède à la situation extrêmement tendue qui existait entre les médecins traitants et les médecins des Compagnies ou ces Compagnies elles-mêmes. *Elle permet au chef d'entreprise de faire contrôler l'état de la victime par un médecin de son choix*, tout en empêchant ce dernier d'examiner le malade en dehors de la présence du médecin traitant.

Il ne faut pas, en effet, émettre, comme certains médecins traitants le font, la prétention d'interdire au médecin d'assurance l'accès auprès du blessé. Les Compagnies ont parfaitement le droit d'exercer une action de contrôle non pas sur le traitement institué par les médecins traitants, mais sur la possibilité ou l'impossibilité où se trouvent les blessés de reprendre leur travail.

Le médecin de l'assurance devient donc de ce fait un simple médecin contrôleur, un simple employé de la Compagnie chargé d'un service administratif de contrôle; et la loi lui donne le droit absolu d'imposer sa visite au blessé, lorsque certaines formalités nécessaires ont été remplies. C'est bien ainsi le meilleur moyen, pensons-nous, de faire disparaître toute équivoque entre les médecins des Compagnies et les médecins traitants.

Ces satisfactions obtenues sont très importantes. Il est d'autres questions, par contre, qui n'ont pas été solutionnées dans un sens favorable aux médecins.

C'est ainsi que la question des *frais d'hospitalisation* (1) a été tranchée par la loi de 1905 en faveur des Compagnies.

Le chef d'entreprise n'est tenu de payer à l'hôpital que les frais de séjour et les frais pharmaceutiques : il ne paie pas les frais médicaux, malgré la nombreuse jurisprudence qui avait déjà consacré le droit du médecin d'hôpital de réclamer des honoraires supplémentaires au patron.

De même, la *substitution d'un tarif spécial au tarif d'assistance médicale gratuite*, tout en constituant un progrès pour les médecins, ne suffit pas encore à donner satisfaction sur ce point à leurs justes récriminations. Elle enlève aux Compagnies la prétention de ne vouloir payer les honoraires médicaux que conformément au tarif d'assistance médicale gratuite, mais elle enlève aussi aux médecins le bénéfice d'une jurisprudence qui tendait à s'établir et qui substituait dans les litiges le tarif ouvrier au tarif d'assistance.

Conduite à tenir vis-à-vis des Compagnies d'assurances. — De tout ceci que conclure? C'est qu'il n'y a plus lieu maintenant de traiter à forfait avec les Compagnies d'assurances : les honoraires médicaux sont en effet obligatoirement payés par elles suivant un tarif uniforme ; les médecins n'ont plus à craindre les ennuis qu'elles suscitaient autrefois. Une seule raison suffirait d'ailleurs pour empêcher les médecins de traiter à forfait ; c'est que les contrats qu'ils signent sont toujours draconiens pour eux et à l'entier avantage des Compagnies.

Non seulement il ne faut plus traiter à forfait, mais encore on peut résilier les contrats signés avec les Compagnies d'assurances. Tous les anciens médecins de Compagnies, en effet, ayant chacun de leur côté tout avantage à être payés au prix du tarif officiel, devraient dans l'intérêt commun résilier ces contrats.

Malheureusement il y a toujours dans le corps médical des défections qui paralysent les efforts et dont savent profiter

(1) Article 4.

les Compagnies. Et c'est pourquoi un grand nombre de médecins hésitent à aborder la lutte, soit pusillanimité, soit jalousie, soit crainte de voir à côté d'eux un confrère accepter ce qu'eux-mêmes refusent.

Il faut encore que les médecins fassent campagne pour prouver aux ouvriers qu'ils sont libres de choisir leur médecin, que le patron ne peut leur imposer le médecin de la Compagnie, que celui-ci n'est ni un fonctionnaire ni un expert, et n'a, par conséquent, aucune autorité ni aucun contrôle sur eux. Et cette démonstration ne sera pas inutile; car trop grand encore est le nombre des ouvriers qui, ne connaissant pas les termes de la loi ou étant mal renseignés, se croient forcés d'avoir recours aux services du médecin de la Compagnie.

Enfin les médecins n'ont qu'à tenir bon sur les deux questions de frais d'hospitalisation et de tarif, et lorsqu'ils auront obtenu du Parlement une revision de la loi en leur faveur sur ce point, ils pourront considérer que cette loi des accidents du travail qui, au début, avait permis de les exploiter d'une façon indigne, est devenue, grâce à leur ténacité, une loi juste pour tous les intéressés et suffisamment rémunératrice pour eux.

ASSURANCES SUR LA VIE

A côté des assurances accidents, fonctionnent les assurances sur la vie.

Les Compagnies d'assurances sur la vie sont nécessairement obligées d'avoir des médecins à elles. La conséquence des constatations faites par le médecin examinateur rend naturellement celui-ci l'adversaire du candidat.

En outre, comme ce médecin doit à la Compagnie au nom de laquelle il opère tous les renseignements reçus et

découverts, il n'est pas tenu de conserver le secret professionnel vis-à-vis de cette Compagnie, et les personnes qui, voulant s'assurer sur la vie, passent l'examen médical nécessaire, dégagent tacitement par cette acceptation le médecin qui les examine du secret professionnel vis-à-vis de la Compagnie. Aussi le médecin examinateur ne peut-il être le médecin ordinaire du candidat; car sa situation serait alors très délicate et désagréable.

Le secret doit toutefois être gardé vis-à-vis des agents d'assurances qui ne sont pas médecins, et c'est pourquoi les rapports sont enfermés dans des enveloppes spéciales que les agents transmettent au directeur. Le conseil médical de la Compagnie seul en prend connaissance et les vérifie (1).

Nous n'avons pas à insister sur ce point, les assurances sur la vie ne faisant pas naître de conflits particuliers avec les médecins comme les assurances accidents.

Mais d'autres collectivités vont enserrer dans leur étau le médecin, nous voulons parler des sociétés de secours mutuels.

SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

Enorme développement des Sociétés de secours mutuels. Leur organisation. Leur puissance. Leurs chefs. — D'après l'article premier de la loi du 1^{er} avril 1898, les Sociétés de secours mutuels sont ainsi définies : ce sont des associations de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladie, blessures ou infirmités, — leur constituer des pensions de retraites, — contracter à leur profit des assurances individuelles ou

(1) Le rôle du médecin dans les assurances sur la vie a été parfaitement tracé par le Dr WEILL-MANTOU dans son *Manuel du médecin d'assurances sur la vie*.

collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, — pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés.

Le législateur s'occupa pour la première fois de ces sociétés dans les lois des 8 mars, 5 et 15 juillet 1850. Le décret-loi du 26 mars 1852 leur permit d'assurer des pensions de retraites.

A partir de cette époque, les pouvoirs publics, pour encourager le but de prévoyance qu'elles se proposaient, leur vinrent en aide en leur accordant des subventions. Un crédit spécial fut même voté en 1881 par le Parlement pour compléter ces subventions, et ce crédit, alors fixé à 160.000 francs, fut renouvelé et augmenté chaque année, de sorte qu'en 1902 il atteignait le total de 3.350.000 francs.

Les départements et les communes de leur côté votent chaque année respectivement des sommes importantes comme encouragement.

Ces encouragements ne se sont pas traduits seulement par le vote de subsides. De tous côtés des hommes éminents se sont posés en champions de la mutualité, ont payé de leur personne et ont mis leur influence au service de ces Sociétés intéressantes.

Et l'on ne doit pas s'étonner alors du prodigieux essor qu'a pris la mutualité. En 1870, on comptait en France 850.000 mutualistes; en 1890, 1.500.000; en 1898, au moment où la mutualité a conquis sa charte, ils étaient 2 millions, et depuis le mouvement ascensionnel a été si marqué qu'à la dernière statistique de 1905 on évaluait leur nombre à 3.750.000, répartis en 13.000 sociétés, parmi lesquels 150.000 profitaient du service des retraites. De même, leur avoir qui, en 1870, n'était que de 22 millions, atteint en 1905 le chiffre énorme de 426 millions.

Ces chiffres dispensent de tout commentaire pour mettre en relief l'immense développement qu'a pris sur tout le territoire français la Mutualité. Et la progression continuera

jusqu'au jour où la République française ne sera plus qu'une vaste mutualité, où elle sera transformée en une grande société mutualiste ou coopérative. C'est le rêve d'un grand nombre d'hommes politiques conservateurs, qui, voulant endiguer le flot montant du socialisme, pensent résoudre ainsi la question sociale, et tentent d'ajourner la réalisation des lois sociales promises à la classe ouvrière et tant attendues d'elle, en déployant le drapeau de la mutualité et en se drapant dignement et immuablement dans ses vastes plis.

Et ces politiciens, n'ayant en vue que leurs ambitions personnelles, se servent de la puissance de la mutualité pour s'en faire un tremplin électoral ou pour y puiser la source d'honneurs et de décorations. De ces dirigeants de la mutualité, de cet état-major mutualiste, les médecins ne sauraient trop se méfier; car c'est sur eux que retombe la faute du conflit médico-mutualiste; ce sont eux qui, voulant conserver leur influence politique, entendent maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire l'asservissement des sociétaires, en s'opposant à ce qu'ils puissent librement choisir leur médecin.

Ils sont arrivés pour l'instant à leurs fins, en constituant cette formidable association qu'est la Mutualité, véritable Etat dans l'Etat, et dont ils entendent rester les maîtres. Mais il viendra un jour où la masse des mutualistes désabusée secouera le joug qui pèse sur elle, et saura faire entendre à ses maîtres qu'elle veut se gouverner elle-même à son gré et qu'elle en est capable.

Et ce jour est proche, où l'accord sera complet entre médecins et mutualistes, guidés uniquement par leur ardent désir de concorde, ayant enfin compris que leur intérêt commun est de s'unir et non de se combattre, que la mutualité ne peut se passer du concours volontaire que les médecins sont tout prêts à lui accorder sans restriction mais également sans abandon de leur dignité.

Le conflit médico-mutualiste, qui a tant fait couler d'encre, aura vécu.

Le Conflit médico-mutualiste. — Car actuellement, il est vrai malheureusement qu'il existe un conflit médico-mutualiste.

Quelle en est la genèse ?

La mutualité n'a pu naître, vivre et grandir durant un demi-siècle que grâce au concours incessant du corps médical. Les médecins en effet avaient consenti depuis longtemps à ces sociétés philanthropiques un tarif réduit qui pût leur permettre d'équilibrer leur budget. Mais ils ne pouvaient admettre qu'après s'être imposé à eux-mêmes des sacrifices, par pure générosité, pour permettre aux Sociétés mutualistes faibles et peu fortunées de vivre, celles-ci, loin de leur en conserver la moindre reconnaissance, voulussent, une fois devenues fortes et riches, se retourner contre leurs bienfaiteurs et user vis-à-vis d'eux de procédés brutaux et autoritaires. La moindre décence aurait dû leur commander une attitude conciliante et généreuse envers ceux qui leur avaient permis par leur bonté et leur aide de se développer et d'atteindre la fortune.

Les mutualistes au contraire transformèrent promptement, au fur et à mesure qu'ils devenaient plus puissants, la faveur bénévolement consentie du tarif réduit en une sorte de droit exigible. Et ils devinrent implacables envers les médecins qui ne voulurent pas passer sous leurs fourches caudines. Les honoraires qu'ils accordaient étaient dans l'immense majorité des cas insuffisants et même dérisoires ; il résulte de chiffres authentiques que dans certains endroits les visites de jour ou de nuit sont payées six sous, les consultations trois sous, les abonnements à l'année ne dépassant pas 2 francs par tête et 6 francs par famille. Ils voulurent contraindre tous les médecins à accepter une diminution de leurs honoraires, et accordèrent la préférence à ceux qui leur consentaient le plus fort rabais, l'encombrement de la carrière médicale les y aidant et leur permettant d'exploiter la concurrence professionnelle des médecins.

Ils s'arrogèrent en outre une liberté qu'ils n'avaient pas,

celle d'organiser un service médical et pharmaceutique, et violèrent ainsi la liberté du sociétaire, en lui imposant l'obligation de se faire soigner par le médecin de la Société, s'il voulait avoir droit à la gratuité des soins médicaux.

Et la mesure fut comble lorsque les médecins s'aperçurent que des gens aisés, des patrons, des commerçants se faufilaient petit à petit dans ces sociétés et profitaient sans vergogne des avantages pécuniaires pour soins médicaux destinés aux ouvriers et employés de situation modeste pour lesquels seuls ils étaient réservés primitivement par contrat tacite.

Les récriminations et les protestations furent alors unanimes dans le camp des médecins, et leurs syndicats, qui venaient de recevoir la consécration officielle en 1892, se firent l'écho de leurs plaintes et les défenseurs autorisés de leurs intérêts menacés.

Ceci ne faisait plus l'affaire des grands maîtres de la Mutualité, qui, tout-puissants vis-à-vis des médecins isolés qu'il leur était facile de plier à leurs exigences, pouvaient craindre qu'une fois groupés autour de leurs syndicats ceux-ci ne parvinssent à leur opposer l'unanimité de leurs membres et à imposer leurs conditions.

Aussi cherchent-ils à se prémunir contre cette éventualité, et l'on a pu lire dans la *Mutualité nationale* du 15 mai 1906 que « si, malgré le vif désir des mutualistes de vivre en bonne intelligence avec les médecins, ils doivent passer à l'état de défense contre des exigences immodérées, l'abrogation de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, conférant par exception au corps médical le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, pourrait s'imposer. »

Ceci donne un exemple des idées de conciliation des mutualistes. Nous reconnaissons là les procédés d'intimidation et de menaces employés vis-à-vis des médecins par les puissantes collectivités. La mutualité, étant la plus puissante de toutes, menace aussi de frapper plus fort que les autres.

Elle se croit tout permis et ne doute de rien ; au moment où l'on ne parle partout que de l'extension des libertés syndicales, elle a l'arrogance en son omnipotence de vouloir attenter tout simplement à la liberté syndicale du corps médical. Cette prétention inouïe donne bien une idée frappante de l'esprit rétrograde qui dirige ses destinées.

Quoi d'étonnant alors, que grâce à cette intransigeance des dirigeants de la Mutualité, de nombreux conflits aient éclaté entre médecins et mutualistes. Souvent d'ailleurs ces conflits se sont terminés à l'entier avantage des médecins, grâce à leur entente et à leur esprit de solidarité.

Rappelons à cet égard la campagne organisée à Lyon contre les sociétés mutualistes par le Syndicat des médecins du Rhône. Pour lutter contre les exigences de ces sociétés, tous les médecins de Lyon s'étaient engagés à n'accepter d'être leurs médecins qu'à certaines conditions déterminées à l'avance. Malgré tous les efforts des Sociétés pour détacher quelques unités du bloc ou faire venir des médecins étrangers à la région, un succès absolu vint récompenser les médecins lyonnais de leur solidarité. Depuis le 1^{er} janvier 1903, il n'y a plus de médecins des Sociétés de secours mutuels à Lyon. Tous ceux qui veulent accepter le tarif syndical peuvent être appelés par les sociétaires. Le paiement se fait exclusivement à la visite. Une commission mixte, formée de médecins et de mutualistes, examine les plaintes formulées soit contre les médecins, soit contre les sociétés, soit contre les sociétaires. Tout marche pour le mieux, et pour les médecins et pour les mutualistes. Les premiers y ont gagné un relèvement d'honoraires égal à un tiers environ de ce qui existait auparavant ; les seconds y ont trouvé plus de choix dans leur service médical, plus d'empressement à répondre aux appels, plus de cordialité dans les rapports entre médecins et malades.

Revendications des médecins. — Les médecins devant un pareil adversaire ne sauraient trop se tenir sur leurs gardes.

Et s'il est dans leur désir de ne pas prolonger le conflit, encore leur faut-il ne pas y laisser sombrer leur dignité.

La conduite qu'ils doivent avoir vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels est bien simple, parce que leurs revendications sont très justes et très nettes. Ces revendications portent sur trois points; ce sont, le libre choix du médecin par le sociétaire, le relèvement des honoraires et leur paiement à la visite, enfin l'exclusion des sociétaires riches ou aisés. La discussion ne peut porter sur le principe même de ces revendications, mais seulement sur les moyens de les mettre en pratique.

1° *Libre choix du médecin par le sociétaire* et par conséquent suppression de tout service médical ou pharmaceutique organisé par les Sociétés de secours mutuels.

Le mutualiste doit avoir l'entière liberté de prendre un médecin de son choix. Cette liberté, le législateur n'a pas hésité à l'inscrire dans la loi sur les accidents du travail; le mutualiste y a droit tout autant que l'ouvrier blessé.

La majeure partie des Sociétés se refuse à l'admettre. Elles arguent de l'augmentation présumée des dépenses en regard de la modicité de leurs ressources, et des abus qu'il peut y avoir par suite de la multiplicité des visites médicales. Elles préfèrent avoir un médecin attitré dont les notes d'honoraires sont seules reconnues et acquittées par la caisse de secours-maladie. Et elles se retranchent, pour organiser leur service médical, derrière le droit que confère vaguement l'article 8 de la loi de 1898 aux unions de Sociétés de secours mutuels d'organiser, en faveur des membres participants, des soins et secours énumérés dans l'article 1^{er}, notamment de créer des pharmacies dans des conditions déterminées par les lois spéciales sur la matière.

Ce n'est que contraintes et forcées que certaines sociétés ont cédé, avec l'arrière-pensée de revenir tôt ou tard à leur système primitif. La paix obtenue dans ces conditions n'est pas une paix durable, et si l'on veut supprimer toute cause de dissentiments, il n'y a qu'un moyen : c'est de supprimer

par une mesure législative générale le service médical et pharmaceutique dans les sociétés mutuelles. Chacun recouvrera ainsi sa liberté et la plénitude de ses droits.

2° Paiement des médecins à la visite. Abandon du système à l'abonnement. Indemnité secours-maladie variable. — Le système à l'abonnement conduit à l'avilissement des honoraires et facilite tous les abus dont le corps médical peut être victime. Grâce à lui le médecin est demandé pour le moindre caprice à l'heure de ses repas, pendant la nuit, et obligé de se rendre au premier appel sous prétexte qu'il est payé pour cela. En outre, si l'abonnement peut paraître préférable aux sociétés qui connaissent ainsi à l'avance le chiffre de la dépense, il ne proportionne pas le salaire fixe assuré aux médecins aux services effectifs rendus par celui-ci. Le tarif à la visite est incontestablement plus équitable.

Mais, dans le mode de rémunération à la visite, la gratuité du service médical ne peut manquer non plus de produire de fâcheux abus. Le sociétaire, comme dans le système de l'abonnement, est d'autant plus incité à multiplier les visites du médecin au delà du nécessaire, qu'il n'est pas intéressé directement dans la dépense.

Aussi faudrait-il inaugurer un système laissant au mutualiste malade sa liberté tout entière en n'engageant les finances de la société que dans des proportions bien déterminées à l'avance. Ce système consisterait à faire payer les frais médicaux et pharmaceutiques par le malade lui-même au moyen d'une indemnité de maladie.

De même que les Sociétés allouent aux membres participants malades une indemnité journalière pendant l'arrêt de leur travail, de même elles leur accorderaient une indemnité fixe journalière destinée à couvrir les frais médico-pharmaceutiques dont le montant serait calculé à l'avance. Elle serait en rapport avec les ressources de la Société et avec le montant des cotisations que paie le participant.

Si les frais médico-pharmaceutiques se trouvaient supérieurs au total de l'indemnité allouée, la différence resterait

à la charge du sociétaire; s'ils étaient inférieurs, le sociétaire en bénéficierait au contraire. Ainsi disparaîtraient les abus causés par les visites médicales trop fréquentes et les médicaments trop coûteux, puisque le malade aurait intérêt direct à ce que ces dépenses ne soient pas trop élevées.

Mais cette indemnité ne saurait être uniforme pour toutes les maladies, les unes étant bénignes et nécessitant peu de frais médicaux, les autres plus sérieuses exigeant des médicaments plus chers et des visites plus nombreuses. On ne pourrait donc fixer à une somme invariable l'indemnité de maladie, mais on devrait admettre le principe de l'indemnité variable selon la maladie. Il faudrait donc donner à chaque malade : 1° une allocation de secours de 1 franc égale pour tous et pour toutes les maladies; 2° une indemnité médico-pharmaceutique variable. L'ensemble formerait l'indemnité secours-maladie variable.

Le principe de l'indemnité variable selon la gravité de la maladie est d'ailleurs forcément appliqué dans la pratique actuelle; il est évident que quand deux sociétaires sont malades pendant quinze jours, l'un étant atteint de bronchite qui a nécessité 5 visites et 10 francs de médicaments, l'autre de fièvre typhoïde qui a nécessité 12 visites et 30 francs de médicaments, la société a bien payé pour chacun d'eux deux sommes différentes. Ainsi ceux qui prétendent que tous les sociétaires doivent toucher une indemnité uniforme parce qu'ils versent une cotisation uniforme sont dans l'erreur. Le système proposé ne compromettrait donc en rien l'équilibre financier de la Société puisque les charges resteraient les mêmes. Il existe déjà dans quelques sociétés; il est appliqué en particulier dans les sociétés de mutualité scolaire qui n'ont pas de service médico-pharmaceutique, et la situation financière de ces sociétés est bien meilleure que celle des sociétés d'adultes.

Rien ne serait plus facile, pour calculer le taux de l'indemnité variable selon la maladie, que de classer les maladies, ainsi que l'a proposé M. le D^r Diverneresse, d'après l'import-

tance des dépenses qu'elles entraînent. Sans chercher à faire une classification irréprochable, on pourrait donc diviser les maladies en quatre classes : 1^o suraiguës; 2^o aiguës; 3^o subaiguës; 4^o chroniques ou indispositions permettant le travail.

Ceci posé, pour empêcher le sociétaire d'employer cette indemnité à tout autre usage qu'à payer son médecin ou son pharmacien, chaque semaine, au moment de verser au malade son indemnité, le trésorier de la Société retiendrait la somme nécessaire pour payer les frais des médicaments et les visites qui seraient inscrits sur une feuille spéciale, par le médecin et par le pharmacien. Puis comme la Société, en garantissant ainsi leur créance à ces derniers, leur rendrait un service qu'il serait juste de reconnaître, elle aurait droit à la remise que les médecins font habituellement à leurs receveurs et prélèverait 5 à 10 % sur les notes.

Les Sociétés auraient en outre la faculté d'exercer un contrôle sur la marche et la durée de la maladie, ainsi que le font les Sociétés d'assurances-accidents à qui ce droit a été reconnu par la loi de 1905 (1). On éviterait ainsi les abus qui pourraient se produire si les sociétaires s'adressaient au médecin qui les déclarerait le plus longtemps malades de façon à toucher le plus d'indemnités journalières.

Le seul inconvénient que l'on pourrait craindre, ce serait que certains individus ne soient tentés d'économiser, au détriment de leur santé, sur leur indemnité de maladie. L'autorité morale du médecin sur son malade aurait vite fait de réprimer ces abus qui procéderaient d'un intérêt mal compris.

3^o *Exclusion des sociétaires aisés ou riches.* — Ce système, du même coup, ferait disparaître la troisième cause de réclamations des médecins, qui est la présence dans les Sociétés à titre de participants de personnes aisées qui devraient être plutôt membres honoraires. Celles-ci toucheraient la même indemnité de maladie que leurs co-

(1) Au paragraphe 5 de l'article 4.

sociétaires; mais le médecin qu'elles auraient choisi leur demanderait les honoraires qu'il jugerait en rapport avec leur situation sociale, sans que la Société fût engagée.

C'est que la mutualité s'étend peu à peu à toutes les classes de la société et diminue du même coup la clientèle payante du médecin. Les membres de la mutualité sont recrutés, sans aucun scrupule, dans tous les milieux; les rentiers, les propriétaires, les fonctionnaires figurent maintenant sur les listes de la Société, à côté des ouvriers et des paysans. Pourvu qu'on verse une cotisation, on est admis à participer aux avantages que les promoteurs du mouvement mutualiste offrent à tous les adhérents.

Les médecins réclament avec énergie l'exclusion pour le présent des sociétaires aisés ou riches, et leur non admission pour l'avenir. Mais on leur a fait remarquer qu'il n'y a pas de critérium sûr de la richesse et de la pauvreté, que l'on rencontre une grande difficulté à estimer la véritable situation de fortune des personnes qui sollicitent leur admission dans une Société de secours mutuels, et que, quand même, on ne peut chasser de la Société un mutualiste qui s'est élevé par son travail et ses habitudes d'ordre et d'épargne.

Cette question de la sélection des membres participants, qui était restée la pierre d'achoppement et a fait échouer toutes les tentatives d'entente et de conciliation entre la mutualité et le corps médical pourrait être heureusement résolue au moyen de l'indemnité secours-maladie variable, qui supprimerait ces difficultés.

L'entente médico-mutualiste. — L'entente entre médecins et mutualistes ne devrait pas tarder à se faire, si on en juge par les louables efforts qui ont été faits dans ce sens. Une commission médico-mutualiste composée de membres de l'Union des syndicats médicaux de France et de la Fédération nationale de la mutualité s'est réunie le 20 mai 1906, sur l'initiative du Conseil supérieur de la mutualité et de M. Mabillean en particulier. Après avoir tenu trois réunions

au siège de l'Union des syndicats médicaux de France, sous la présidence de M. Loubet sans résultat appréciable, cette commission s'est ajournée jusqu'à la clôture d'une enquête dans laquelle on devait rechercher le nombre et la situation pécuniaire des Sociétés pratiquant le libre choix du médecin. Mais il est à craindre que cette enquête, malgré le nombre et la situation florissante des Sociétés qui se trouvent dans ce cas, ne soit pas conduite avec l'impartialité nécessaire et qu'elle ne donne pas les résultats attendus.

D'autre part, on ne peut avoir autrement confiance dans les résultats que l'on peut obtenir des réunions de ces sortes de commissions. Il y est dit de fort bonnes choses; on est prêt en paroles à toutes les concessions et à toutes les ententes; finalement on se sépare sans avoir rien décidé, après avoir émis des vœux platoniques et sans que la question ait avancé d'un pas. C'est le sort qui est échu en 1894 à une commission mixte, dont M. le sénateur Lourties, alors ministre du commerce, était le président, et dont, après lecture d'intéressants rapports de M. le Dr Savornin et de M. Puteaux, on n'a plus entendu parler.

De son côté l'Union des syndicats médicaux a émis le vœu, dans son assemblée générale de novembre 1906, que toutes les indications relatives aux rapports du corps médical et de la mutualité lui soient adressées de façon à constituer un dossier utile et instructif.

Il est à craindre que jusqu'au jour où les syndicats groupant la totalité des médecins de la région et n'ayant plus à redouter de défections pourront lutter efficacement, on ne puisse guère agir avec les groupes mutualistes que par la persuasion en leur démontrant, preuves en main, que l'organisation de leurs services médicaux est mauvaise aussi bien pour leurs sociétaires que pour les médecins.

Car la solution du problème est entre les mains de nos syndicats. Le jour où ils seront assez heureux pour obtenir, comme leurs frères, les syndicats ouvriers, l'oreille des pouvoirs publics, un texte de loi pourra reconnaître aux

mutualistes, comme cela a été fait pour les accidentés, le droit de choisir leur médecin. Il suffirait d'obliger les sociétés mutualistes à indiquer dans leurs statuts que leurs participants auront la liberté de choisir leur médecin et leur pharmacien parmi ceux qui desservent la commune et acceptent d'être rémunérés d'après les tarifs appliqués à la classe sociale dont le sociétaire fait partie.

Satisfaction serait ainsi donnée aux desiderata des médecins. Et c'est là encore un de nos désirs les plus chers. Sa réalisation est conforme au principe que nous défendons du libre choix du médecin par le malade, et l'on s'étonne qu'une si sage mesure n'ait point déjà été réalisée partout.

CHAPITRE V

FONCTIONS DIVERSES

A côté des services dont nous venons d'étudier le fonctionnement, et dans lesquels le médecin joue le rôle que nous venons de déterminer, nous avons cru nécessaire de grouper sous une même rubrique d'autres fonctions qui lui incombent encore à des titres divers.

Dans ce chapitre nous examinerons le médecin de l'état civil, le médecin expert, le médecin des collectivités publiques et privées. Il n'y a point, en effet, de petits côtés de la question, et ces fonctions diverses du médecin, pour ne point se rattacher aux grands services administratifs, ne présentent pas moins une grande importance pour les médecins qui les occupent ou pour ceux qui les briguent.

ÉTAT CIVIL

Médecins de l'État Civil

Naissances. — La naissance d'un enfant est déclarée par le père, ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement; lorsque la mère accouche en dehors de son domicile, par la personne chez qui elle est accouchée (1).

(1) Article 56 du Code civil.

Les déclarations de naissance doivent être faites dans les trois jours sans compter celui de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu; l'enfant lui est présenté (1).

Est punie d'un emprisonnement de six jours à trois mois et d'une amende de 16 à 300 francs, toute personne qui ayant assisté à un accouchement ne fait pas la déclaration prescrite dans les délais fixés (2).

La mort de l'enfant au moment de la naissance ne dispense pas les personnes de déclarer l'accouchement conformément à la loi. L'enfant est porté sur l'acte comme ayant été **présenté sans vie**.

Le médecin satisfait à la loi en déclarant la naissance de l'enfant sans faire connaître les noms des père et mère; il n'est même pas tenu d'indiquer la maison où l'accouchement a eu lieu.

Il n'y a pas d'ordre successif entre les personnes à qui incombe l'obligation de la déclaration; elles y sont toutes tenues au même titre.

S'il s'agit d'un fœtus ou d'un embryon de plus de six semaines de gestation il est prudent de faire la déclaration et de **demandeur le permis d'inhumer**.

A Paris les parents qui désirent faire constater à domicile la naissance d'un enfant doivent en présenter la demande par écrit dans les 24 heures à la mairie, sans être dispensés de faire dans le délai de trois jours la déclaration prescrite par la loi. La constatation est faite sans frais par le médecin de l'état civil que commet l'administration.

Décès. — Aucune inhumation n'est faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'état civil qui ne peut la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès et seulement 24 heures après le décès (3).

Lorsqu'il y a des signes ou indices de mort violente, on

(1) Article 55 du Code civil.

(2) Article 346 du Code pénal.

(3) Article 77 du Code civil.

ne peut faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, a dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il a pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée (1).

C'est donc au maire qu'incombe légalement le constat du décès et la rédaction du certificat de décès; le médecin peut se refuser à le faire. Toutefois il est indispensable d'entourer la constatation du décès de toutes les garanties possibles pour éviter les inhumations précipitées, c'est-à-dire de les faire faire par un médecin.

La plupart des villes de quelque importance ont compris cette nécessité, et ont créé des *médecins de l'état civil*. Ceux-ci sont désignés par l'autorité municipale et ont des appointements fixes. Il serait utile, surtout à la campagne, d'exiger à chaque déclaration de décès un certificat délivré par un médecin quelconque, sous sa responsabilité, et dont la famille, ou pour les indigents la commune, couvrirait les frais; mais dans beaucoup de départements les inhumations se font sans certificat médical, et les causes des décès sont diagnostiquées par les maires, les secrétaires de mairie ou les gardes champêtres!

Médecins de l'état civil à Paris. — A Paris, il y a des médecins de l'état civil chargés de constater à domicile la naissance des enfants, lorsque les parents en font la demande à la mairie. Ils remplissent un bulletin qu'ils confient à la famille et que celle-ci dépose à la mairie pour tenir lieu de présentation de l'enfant.

Ils font également les vérifications de décès. Ils consignent différentes observations sur un bulletin, revêtu d'un numéro d'ordre, qui est destiné au service de la statistique. Ils laissent aux mains de la famille un certificat comme pour les naissances.

(1) Article 81 du Code civil.

Ils sont nommés pour chaque quartier par le préfet sur la proposition du maire. Ils reçoivent 3 francs par constatation, ce qui représente un traitement d'environ 2.000 à 3.000 francs pour l'année.

Depuis 1880, on a cherché dans l'intérêt de la statistique à obtenir le concours des médecins traitants pour mieux fixer le diagnostic des décès. La mairie du décédé envoie au médecin traitant une lettre par laquelle on le prie de vouloir bien, s'il le juge à propos, indiquer sur un bulletin anonyme joint à la lettre la cause de la mort. Si le médecin ne veut pas répondre, il est parfaitement libre; s'il répond, il est parfaitement certain que son diagnostic restera secret puisque le bulletin est anonyme.

EXPERTISES. — MÉDECINS EXPERTS

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine dit dans son article 14 : « Les fonctions de médecins experts ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins. Il déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux. »

L'article 23 ajoute que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous peine d'une amende de 25 à 100 francs.

Nous ne nous occuperons pas des règles qui président à l'opération de l'expertise et à la confection du rapport, en un mot du rôle du médecin expert : nous avons d'ailleurs exposé ces règles à l'occasion de la loi sur les accidents du travail et nous n'y reviendrons pas. Nous parlerons seulement du mode de nomination des médecins experts et des

honoraires auxquels ils ont droit, questions fixées par le *décret du 21 novembre 1893* modifiant celui du 18 avril 1811.

Conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux. — Les docteurs en médecine à qui est conféré le titre d'expert devant les tribunaux sont désignés, au commencement de chaque année judiciaire et dans les trois mois qui suivent la rentrée, par les Cours d'appel en chambre du conseil, d'après des listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort (1).

Ils doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurer soit dans l'arrondissement du tribunal soit dans le ressort de la Cour d'appel (2).

Les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent. En cas d'empêchement des médecins résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix (3).

Honoraires. — Tout médecin, requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, reçoit à titre d'honoraires :

Pour une visite avec premier pansement 8 francs.

Pour toute opération autre que l'autopsie 10 francs.

Pour autopsie avant inhumation 25 francs.

Pour autopsie après exhumation 35 francs.

Pour autopsie d'un nouveau-né 15 à 25 francs.

Pour un rapport écrit une vacation de 5 francs au minimum. Cette vacation s'ajoute à la visite; le médecin expert doit

(1) Article premier du décret du 21 novembre 1893, modifié par le décret du 12 août 1904.

(2) Article 2.

(3) Article 3.

donc toucher au moins 13 francs pour les cas les plus simples (1).

Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office. Ces soins médicaux ultérieurs doivent être payés par les intéressés (2).

Frais de transport. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent par kilomètre parcouru 0 fr. 20 à l'aller et 0 fr. 20 au retour, si le transport a été en chemin de fer, 0 fr. 40 à l'aller et 0 fr. 40 au retour si le transport a eu lieu autrement (3).

Frais de séjour. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire à l'appui de leur demande d'indemnité un certificat du juge de paix ou du maire de la localité constatant la cause du séjour forcé (4).

Vacations. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions soit devant un tribunal soit devant un magistrat instructeur (5).

Si le travail exige des recherches de bibliothèque, des expériences, des contre-épreuves, le médecin peut compter autant de vacations à 5 francs qu'il juge convenable, sans pouvoir dépasser trois vacations dans une seule journée.

*
* *

Au budget de 1906, les médecins émargeaient au chapitre frais de justice criminelle, correctionnelle et de police pour une somme de 160.000 francs, et au chapitre frais en matière d'assistance judiciaire pour une somme de 238.000 francs.

(1) Article 4.

(2) Article 6.

(3) Article 7.

(4) Article 8.

(5) Article 9.

SUBVENTION DES COMMUNES

Certaines communes offrent une subvention et même le logement aux médecins qui veulent bien s'y établir. Toutefois pour légitimer la rétribution, elles le chargent du service de l'assistance médicale gratuite. Et il arrive bien souvent que le médecin, une fois installé, ne tarde pas à s'apercevoir que les malades assistés constituent à eux seuls presque toute sa clientèle.

Les municipalités ont en effet le droit de faire un forfait avec un médecin pour les indigents seuls. Rien ne s'oppose à ce qu'une commune accorde à un médecin un traitement fixe pour l'amener à résider dans la localité, et à charge par lui d'assurer le service de l'assistance médicale gratuite. Mais un Conseil municipal ne peut pas allouer un traitement annuel à un médecin chargé de soigner tous les habitants, surtout lorsque plusieurs praticiens exercent dans la localité (1). Cela violerait les droits des autres médecins, et attenterait à la liberté des citoyens, en les forçant à contribuer à payer un médecin dont ils ne veulent pas ou dont ils n'ont pas besoin s'ils ne sont pas malades. Un Conseil municipal ne peut intervenir que pour procurer des soins médicaux à ceux qui en sont privés; il ne peut, en dehors de circonstances exceptionnelles, allouer un traitement annuel à un médecin communal chargé de soigner gratuitement tous les habitants, riches ou pauvres, indistinctement. C'est dans ce sens qu'a été rendu un jugement du Conseil d'Etat le 29 mars 1901.

(1) Décision contraire du Conseil d'Etat le 7 août 1896. (Rapport au min. de l'int. sur l'assist. méd. grat., 1906, p. 301.)

SERVICES MÉDICAUX DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

Nombreux sont les services médicaux organisés par les collectivités publiques. Ils fonctionnent d'ailleurs presque tous à Paris et sont donc réservés aux médecins parisiens : car c'est là que toutes les grandes administrations se concentrent.

L'existence de ces services médicaux est la preuve vivante de cette poussée de fonctionnarisme médical qui tend à tout envahir. Il n'est pas d'administration publique qui n'ait son service médical. Le médecin choisi est assimilé à un véritable fonctionnaire : il reçoit un traitement fixe, et dépend entièrement de l'administration qui le paie ; il est chargé de défendre ses intérêts ; il est en un mot le médecin de l'administration.

Le médecin doit à l'administration dont il a accepté de faire partie toutes les indications qu'exigent les intérêts et la marche du service auquel se trouve rattaché le malade.

Il ne peut se dérober au devoir de fournir des renseignements précis sur la gravité du mal, sa durée plus ou moins longue, ses conséquences, tout en tenant compte du secret professionnel, en ne révélant rien qui puisse nuire à l'employé malade.

Nous ne ferons qu'énumérer un grand nombre de ces services pour donner une idée de leur nombre.

MÉDECINS DES GENDARMERIES. — Les médecins qui donnent leurs soins aux gendarmes et à leur famille ne touchent la plupart du temps aucune rémunération, ils reçoivent, au bout d'un certain nombre d'années, pour tout dédommagement, un témoignage de satisfaction du ministre de la guerre.

Les médecins ne devraient pas donner leurs soins gratuits aux gendarmes. Les indigents eux-mêmes ne sont passoisgnés

gratuitement, et le ministre de la guerre a des fonds disponibles pour rétribuer les soins médicaux donnés à des ouvriers militaires ou assimilés. Le fait de soigner les gendarmes gratuitement est un usage regrettable qu'il serait désirable de voir disparaître.

MÉDECINS DES CHEMINS DE FER. — Un grand nombre de médecins sont chargés du service médical des Compagnies de chemins de fer. Leur nomination dépend du conseil d'administration des Compagnies, qui peuvent augmenter à leur gré le nombre de leurs médecins. Bien souvent ils ne touchent aucune indemnité ou une indemnité infime, et le seul avantage qu'ils retirent de leurs fonctions c'est d'avoir leur parcours gratuit pour eux et leur famille sur tout le réseau de la Compagnie dont ils sont les médecins. Aussi ces places sont-elles très recherchées par les médecins qui exercent aux environs de Paris, et qui aiment profiter de leurs instants de loisir pour goûter les plaisirs de la capitale.

MÉDECINS DES ADMINISTRATIONS DE L'ÉTAT. — Nous trouvons tout d'abord une pléiade de *médecins de Ministères* : 2 médecins titulaires du Ministère des affaires étrangères et 2 médecins adjoints ; — 5 médecins du Ministère de l'agriculture ; — 3 médecins du Ministère du commerce et de l'industrie ; — 4 médecins titulaires du Ministère des finances et 2 médecins adjoints ; — au même Ministère 3 médecins des douanes, et 3 médecins des contributions indirectes ; — 4 médecins du Ministère de l'intérieur ; — 1 médecin du Ministère de la justice et 4 médecins adjoints ; — 1 médecin du Ministère des travaux publics et 7 médecins adjoints.

Puis il y a 1 *médecin de la présidence de la République* ; — 2 *médecins de la Chambre des députés* ; — 1 *médecin du Sénat* et 2 médecins adjoints ; — 1 *médecin du Conseil d'Etat* et 1 médecin adjoint ; — 1 *médecin en chef du Palais de justice* et 1 médecin adjoint ; — 1 *médecin de l'Imprimerie nationale* (1) ; — 1 *médecin de la Banque de France* avec

(1) Traitement 2.500 francs.

1 médecin adjoint et 1 médecin suppléant ; — 1 *médecin de l'Ecole des ponts et chaussées* ; — 1 *médecin de l'Ecole nationale supérieure des mines* ; — 2 *médecins des Musées nationaux* du Louvre, de Versailles et de Saint-Germain.

Faisons une mention spéciale des *médecins des postes et télégraphes*. Le service médical de Paris se compose de 16 médecins et 5 femmes médecins titulaires, de 16 médecins et 5 femmes médecins suppléants, de 2 chirurgiens, de 2 chirurgiens suppléants, de 8 spécialistes et de 4 dentistes.

Il y a peu de médecins d'administrations de l'Etat en dehors de Paris : citons cependant les *médecins de Lycées et Collèges* ; — les *médecins des manufactures de l'Etat* de tabac, d'allumettes (1), de Sèvres, de Beauvais ; — les *médecins des maisons d'éducation de la Légion d'honneur* de Saint-Denis, d'Ecouen et des Loges (2).

MÉDECINS DES ADMINISTRATIONS DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — La *Préfecture de police* a sous sa dépendance un certain nombre de services médicaux. C'est ainsi qu'il y a 1 *médecin en chef de la Préfecture de police* et 6 médecins adjoints ; — 1 *médecin en chef de la Conciergerie* et 3 médecins adjoints ; — 1 *médecin en chef de l'Infirmierie du dépôt* et 2 médecins adjoints ; — 2 *médecins de l'Infirmierie centrale de Fresnes* et 3 médecins adjoints ; — 4 *médecins de la Maison Saint-Lazare* et 6 médecins suppléants, 2 chirurgiens et 1 chirurgien suppléant ; — 14 *médecins du Service de la salubrité des logements loués en garni* ; — 1 *médecin en chef du Dispensaire de la salubrité* avec 1 médecin en chef adjoint, 15 médecins ordinaires et 7 médecins adjoints ; — 14 *médecins du Service de santé de la police municipale* et 20 médecins adjoints ; — 2 *médecins de la maison départementale de Nanterre* avec 1 médecin adjoint et 2 chirurgiens ; — 2 *médecins de la maison de retraite de Villers-Cotterêts* et 1 médecin adjoint ; — 2 *médecins de la maison d'Education correctionnelle* et 3 médecins adjoints ; — 1 mé-

(1) Traitement annuel de 1.200 francs.

(2) Qui ont un traitement annuel de 3.000 francs.

decin du Service des aliénés et 2 médecins adjoints; — 2 *médecins inspecteurs des asiles privés* et 3 *médecins inspecteurs adjoints*; — 18 *médecins inspecteurs du Service de la protection des enfants du premier âge* et 15 *médecins inspecteurs suppléants*; — 1 *médecin inspecteur des maisons de santé, de sevrage et d'accouchement*.

La *Préfecture de la Seine* a un service médical composé de 1 médecin en chef, 1 médecin adjoint suppléant, 13 *médecins titulaires*, 17 *médecins adjoints*.

D'elle dépendent en outre les 78 *médecins de l'état civil*; les 16 *médecins*, le chirurgien, les 2 *chirurgiens adjoints*, le professeur de clinique et le médecin assistant répartis dans les *asiles d'aliénés* de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vacluse et Villejuif.

Médecins de nuit. — Tous les médecins de Paris peuvent demander au préfet de police à être incorporés dans le service médical de nuit.

Ils reçoivent un bon de 10 francs pour chaque visite et un bon de 20 francs par accouchement.

Médecins des administrations publiques à Paris. — Certaines grandes administrations privées de Paris ont également un service médical.

Il y a des *médecins des Omnibus*, des *médecins des Bateaux*, des *médecins du Gaz*, des *médecins de l'Octroi*.

Les *médecins de Théâtre* sont nombreux.

A l'Opéra il y a 11 *médecins de service* et 32 *médecins suppléants*; au Théâtre-Français 16 *médecins*, 12 *médecins suppléants*, 2 *médecins consultants* et 6 *chirurgiens consultants*; A l'Opéra-Comique 36 *médecins titulaires*, 13 *médecins suppléants*, 4 *médecins consultants*, 6 *chirurgiens consultants*; à l'Odéon 26 *médecins* et 14 *médecins adjoints*.

Le titre de médecin de Théâtre est une sinécure qui permet de fréquenter les Théâtres sans bourse délier; il ne donne droit à aucun traitement.

Citons encore le grand nombre de *médecins des Chemins*

de fer dans les gares de Paris : à l'Est 1 médecin en chef, 1 médecin en chef adjoint, 6 médecins, 1 chirurgien consultant; à Paris-Lyon-Méditerranée 1 médecin en chef, 1 médecin en chef adjoint, 7 médecins, 3 spécialistes; au Nord 1 chef du service médical, 1 médecin principal, 1 médecin consultant, 4 médecins titulaires, 3 médecins adjoints; à l'Orléans 1 médecin principal, 1 médecin principal adjoint, 13 médecins; à l'Ouest 1 médecin en chef, 1 médecin sous-chef, 11 médecins, 3 médecins adjoints, 3 spécialistes, 1 chirurgien consultant, 1 chirurgien adjoint; à l'Etat 1 médecin chef, 1 médecin adjoint, 7 médecins, 1 médecin consultant, 1 chirurgien consultant, 3 spécialistes; à la Ceinture, 1 médecin principal, 4 médecins de la Petite Ceinture, 6 médecins de la Grande Ceinture.

CHAPITRE VI

RÉPERCUSSION DES LOIS NOUVELLES SUR LA PROFESSION MÉDICALE

EXPLOITATION DES MÉDECINS PAR LES COLLECTIVITÉS

Nous avons attiré l'attention, dans le cours de notre étude sur les différents services médicaux de l'Etat, des départements et des communes, et des collectivités privées, sur le taux peu rémunérateur des honoraires qui sont accordés aux médecins par ces collectivités.

Elles usent toutes des mêmes procédés pour arriver à leurs fins. La première raison qu'elles invoquent auprès du médecin pour l'amener à les faire bénéficier d'un tarif au rabais, c'est qu'elles assument la charge d'une œuvre philanthropique, et que le médecin, au bon cœur duquel on ne fait jamais appel en vain, ne peut se refuser à donner sa collaboration bienveillante à une œuvre de bienfaisance.

Une autre raison sur laquelle elles insistent victorieusement c'est qu'après tout le médecin doit se trouver très satisfait d'avoir recours à leur organisation pour être sûr de se faire payer. Les services médicaux de la mutualité, de l'assistance médicale gratuite assurent aux médecins, disent-elles, la rémunération certaine de leurs soins, là où précédemment il leur aurait été impossible de se faire payer. Il est donc de toute justice, qu'en reconnaissance de l'avantage

qu'elles leur assurent, les médecins de leur côté fassent un léger sacrifice en leur concédant un rabais appréciable sur leurs tarifs ordinaires.

Le *struggle for life* a permis à ces collectivités d'imposer leurs conditions aux médecins. La concurrence médicale, qui se fait sentir fortement dans cette profession comme dans toutes les autres, a rendu les médecins victimes de la loi de l'offre et de la demande. Ce qui se passe dans le commerce est malheureusement entré dans les mœurs de la profession médicale. Celle-ci s'est toujours efforcée de tout temps d'échapper au reproche de profession commerciale, les soins médicaux et le dévouement pour sauver la vie de ses semblables n'étant point choses monnayables. Le désintéressement des médecins est chose proverbiale. On a répété souvent, et ce n'est que trop exact, que la profession médicale n'enrichit pas son homme. Les ambitieux de la fortune ne peuvent y trouver les satisfactions auxquelles ils aspirent ; car le médecin, sans fortune personnelle quand il commence à exercer, est exposé, après toute une vie de labeur, à ne pas avoir amassé un patrimoine ; heureux est-il encore, quand sa profession lui a permis de faire vivre sa famille.

Cette gêne, cette absence de gain facile est un joug dur à supporter chez ceux qui, imbus d'idées nouvelles, avides de jouissances, se jettent dans la carrière, et ne voient dans leur profession qu'un moyen d'arriver à faire fortune, le plus vite possible, sans souci des procédés employés. Adieu les préceptes de déontologie, de moralité, d'honnêteté ! Les nécessités de l'existence sont dures, il faut lutter, malheur aux faibles, à ceux qu'aveuglent des scrupules d'un autre âge ! ! !...

Comment dès lors s'étonner que la moralité du corps médical baisse, et que certaines pratiques regrettables, comme la Dichotomie par exemple, trouvent tant d'adeptes.

C'est sur ce terrain que sont venues éclore les collectivités qui nous intéressent. Quoi d'étonnant qu'elles aient

trouvé des collaborateurs complaisants parmi tous ceux qui se soucient peu de l'honnêteté professionnelle !

Et qui profite de cette lutte fratricide ? Ce sont ces exploiters de la faiblesse et de la bêtise humaines que l'on trouve partout, dans toutes les classes de la société, et qui font passer leur mesquin intérêt personnel avant les idées de justice et de loyauté.

Ce sont ces collectivités de toute sorte qui, profitant cyniquement des rivalités entre médecins, ne cessent de les attiser pour en profiter ensuite.

Que se passe-t-il en effet, dans la plupart des cas ? Les collectivités, toujours en quête du moins offrant, s'adressent au médecin débutant et lui font des propositions tentantes mais dangereuses pour lui. Elles font briller à ses yeux le mirage d'une clientèle toute faite, et le médecin hypnotisé par cette idée, et peu méfiant, signe tout ce qu'on lui demande. Il signe un contrat qui l'engage pour un tarif dérisoire et pour un temps très long. Il signe encore des papiers où il s'engage à verser pendant 5 ou 10 ans une cotisation importante à la Société qui, espère-t-il, va lui amener une clientèle. Mais la clientèle ne vient pas : il s'étonne, et il apprend que la même Société s'est servie comme d'une menace de son acceptation pour imposer les mêmes conditions à ses confrères, qui, soit par crainte, soit par duperie, ont adhéré eux aussi aux propositions qui leur étaient faites. La clientèle qu'il espérait attirer par ses concessions ne lui viendra pas ; il en sera pour sa courte honte d'avoir, par son faux calcul, nui aux intérêts de ses confrères aussi bien qu'aux siens propres. Il lui eût été si facile pourtant d'avoir une ligne de conduite plus droite, plus favorable à ses intérêts, s'il avait été imbu des principes déontologiques, s'il s'était entendu avec ses confrères pour se défendre au lieu de traiter seul.

Nous voulons espérer que ces mœurs finiront par disparaître.

A ceux qui sont trompés, nous voulons faire com-

prendre leur erreur ; nous voulons faire pénétrer en eux cette idée, que ces pratiques sont aussi contraires à leur intérêt personnel bien compris, à l'intérêt de la corporation qu'aux saines notions de moralité qui sont encore nos meilleurs et plus sûrs guides.

Ces défections regrettables ont donc favorisé l'exploitation du corps médical. Cette exploitation nous la retrouvons partout. C'est d'abord l'Etat et ses grandes administrations, les départements et les communes qui cherchent à faire assurer leurs services médicaux par les médecins, d'une façon gratuite quelquefois, ou peu rémunératrice toujours. Et ces services sont souvent très importants et absorbants.

Cet exemple venant d'en haut encourage toutes les petites puissances collectives à le suivre ; et on les voit alors multiplier les prétextes pour prouver aux médecins qu'ils ne doivent pas leur refuser leur concours ; les mutualités sous prétexte de solidarité, les œuvres de bienfaisance sous prétexte de charité. Il y en a même qui ne se donnent pas la peine de chercher un prétexte ; elles veulent imposer leurs volontés, telles les Compagnies d'assurances et les Compagnies industrielles.

Et le médecin se résigne, à contre-cœur, à accepter toutes les conditions draconiennes qu'on lui impose, parce qu'il sait que, s'il refuse, la place qu'on lui offre sera prise par un autre qui s'en servira contre lui comme d'un instrument de concurrence.

La Mutualité et l'Assistance entre autres sont pour les médecins deux organisations analogues qui usent des mêmes procédés à leur égard. Œuvres de charité ou de philanthropie, elles méritent assurément le bienveillant concours du corps médical ; mais à certaines conditions. C'est qu'elles ne dévient pas de leur but, et qu'elles servent exclusivement au soulagement de l'infortune ; c'est que la Mutualité ne s'étende pas aux personnes riches et aisées, et que l'Assistance n'ouvre pas les portes de ses hôpitaux à ces mêmes personnes comme elle le fait actuellement.

EXPLOITATION DU MÉDECIN PAR L'ÉTAT, LES DÉPARTEMENTS, LES COMMUNES. — Les médecins sont considérés par l'État et les communes comme les bienfaiteurs obligés de toute la population au milieu de laquelle ils vivent. L'architecte communal est payé plus cher par les communes que par les particuliers; le percepteur prélève ses remises même sur les deniers des bureaux de bienfaisance; tous les commerçants qui ont affaire aux deniers publics sont grassement payés. Le médecin seul est exploité et payé au rabais (1).

Que s'est-il passé par exemple à propos de l'application de la loi sur l'*assistance médicale gratuite*? Les préfets et les Conseils généraux, pour épargner parcimonieusement les deniers publics dont la gestion leur est confiée, ont tâché, par le vote de crédits insuffisants qui leur donnait l'excuse de réduire proportionnellement les notes d'honoraires des médecins, de faire supporter à ceux-ci une grande partie des frais nécessités par l'application de la nouvelle loi. Ce n'est que devant les récriminations unanimes des syndicats médicaux qu'ils se sont vus obligés de rémunérer plus convenablement les collaborateurs dont le concours est indispensable pour la bonne exécution de la loi.

Les communes, en effet, ne sont pas des indigentes; c'est à elles qu'incombe la charge de l'assistance des pauvres et non pas aux médecins, et elles ne peuvent donner aucune excuse valable pour se soustraire au plein tarif qu'ils devraient exiger d'elles les médecins.

Si l'on passe en revue les différents services médicaux publics, on constate la même parcimonie et la même rapacité dans la rémunération des médecins chargés de ces services.

S'agit-il des soins à donner aux malades dans les *hôpitaux*, les médecins de ces hôpitaux touchent un traitement fixe

(1) Que dire encore de la faveur qui préside le plus souvent à l'attribution des fonctions médicales publiques? N'est-il pas déplorable de voir à quel point en est arrivée l'intrusion de la politique dans les affaires médicales, quand on a devant les yeux de nombreux exemples de révocations des médecins de leurs fonctions publiques à cause des opinions politiques qu'ils ont pu émettre, selon le droit de tout citoyen, au cours des périodes électorales.

pouvant à peine couvrir leurs frais de déplacement. Il serait curieux de voir comment l'administration de l'assistance publique accueillerait une demande d'augmentation de traitement de leur part. Ne sont-ils pas déjà bien récompensés de leurs peines, pense-t-elle, du moment qu'ils peuvent se parer d'un titre qui leur vaut une clientèle enviable?

Et les médecins inspecteurs des *enfants du premier âge*, et les médecins des *enfants assistés* qui sont payés aussi peu que les médecins de l'assistance médicale gratuite, pourquoi donc se plaindraient-ils? Ne sont-ils pas des privilégiés, ne cumulent-ils pas un grand nombre de places officielles dont les rémunérations ajoutées les unes aux autres représentent un coquet total? Que l'un d'eux fasse mine de renoncer à ce privilège, l'administration n'a que l'embarras du choix pour lui donner un successeur immédiat parmi la foule des confrères moins heureux que lui, qui guettent l'occasion de se mettre sur les rangs.

Quoi donc? vous vous plaiguez d'être *membre d'une Commission sanitaire* et de ne toucher aucune indemnité quand vous devez vous rendre à la réunion de cette Commission et abandonner à heure fixe les malades urgents qui réclament vos soins? Mais n'est-ce pas vous qui avez brigué cet honneur, et ne comptez-vous pas vous en servir pour parer bientôt votre boutonnière de décorations multicolores?

Ah! vous n'êtes pas rémunéré, quand vous faites une *déclaration de maladie contagieuse* à la mairie, et vous protestez parce qu'on vous force à violer le secret professionnel! Mais voudriez-vous par votre mutisme vous opposer aux mesures efficaces d'hygiène publique? Votre qualité de médecin vous fait un devoir de nous aider dans cette tâche, et comme citoyen vous devez obéissance aux lois de votre pays qui ont décrété par deux fois cette obligation. Vous pouvez vous y soustraire, si le cœur vous en dit, mais n'oubliez pas que vous seriez alors passible des sanctions édictées par le législateur.

Vous vous insurgez contre les tarifs dérisoires de quelques

centimes que l'on vous alloue par chaque *vaccination* ? Mais n'est-ce pas largement suffisant pour une opération de si peu d'importance qui se fait si rapidement ? Et d'ailleurs vous auriez mauvaise grâce à vous plaindre de ce service médical qui constitue une grosse charge obligatoire pour nous, et un bénéfice nouveau pour vous, bénéfice dont vous êtes seuls à profiter et que vous tenez uniquement d'une loi qui oblige tout le monde à avoir recours à vos services.

Nous devrions assurer d'une façon plus efficace, dites-vous, le service d'*Inspection des écoles*, et vous faire profiter encore pécuniairement du devoir de protection des individus, que nous avons assumé et que nous comptons compléter d'ici peu ? Voyons ! après tous les avantages que nous venons d'énumérer, vous n'êtes pas encore satisfaits ? Messieurs les médecins, vous êtes vraiment d'une exigence qui dépasse les bornes !

Et devant ces raisonnements arrogants, que pouvez-vous tenter contre l'Etat tout-puissant qui vous pressure ? La grève ? Quel *tolle* général soulèverait une pareille prétention ! Et que l'on aurait vite fait de vous supprimer le droit syndical, qui, vous le rappellerait-on bien haut, vous est accordé à la condition que vous n'en fassiez pas usage à l'égard de l'Etat, des départements et des communes, devant lesquels vous devez vous incliner comme jadis on se prosternait devant le roi. Il ne vous restera plus qu'à vous faire tout petits, et à réclamer humblement, par l'organe de ces mêmes syndicats, des améliorations à votre sort, qu'on vous accordera peut-être en partie pour avoir la paix, comme on augmente les gages de certains domestiques par pitié pour eux.

EXPLOITATION DU MÉDECIN PAR LES COLLECTIVITÉS PRIVÉES.
— Les *mutualités* ont acquis le droit par leurs agissements de prendre la première place parmi les exploiters des médecins. La plupart des mutualistes tiennent ce raisonnement : « La réduction d'honoraires que nous demandons aux

médecins ne leur cause qu'un préjudice apparent. Un grand nombre de nos sociétaires participants ne les paieraient pas s'ils ne faisaient pas partie de notre société. »

Mais, objecterons-nous, pourquoi alors la plupart des sociétaires, qui ne peuvent payer pour eux-mêmes qu'un tarif réduit, trouvent-ils moyen de payer leur médecin à plein tarif lorsque celui-ci vient donner ses soins à des membres non mutualistes de leur famille ?

En outre, c'est un très mauvais exemple que de ne pas payer son médecin. Aujourd'hui que la mutualité est répandue partout, comment empêcher les mauvais clients de se dire qu'ils seraient bien sots d'acquitter leur dette médicale, quand ils voient leurs voisins mutualistes s'en libérer. C'est donner ainsi un encouragement au mauvais vouloir que de faire perdre l'habitude de rémunérer personnellement son médecin, et c'est aller contre le but de prévoyance qu'on se propose dans les Sociétés de secours mutuels.

Il résulte de cet état d'esprit que le médecin est continuellement aux prises avec les prétentions des Sociétés de secours mutuels.

La mutualité protège de la maladie et de la vieillesse : le médecin doit donc fatalement être la clef de voûte de cet édifice secourable, et il en supporte tout le poids qui se traduit par un forfait le plus bas possible. Mais de temps à autre un mouvement de révolte le fait se redresser, quand il s'aperçoit qu'il est dupe, qu'une bonne partie des mutualistes ne sont pas comme il l'avait cru de pauvres malheureux qui tombent dans la misère, mais que la plupart sont des bourgeois cossus, des commerçants aisés, des propriétaires, des employés et des ouvriers qui gagnent largement leur vie.

Les sociétés mutualistes ont déclaré d'ailleurs (1) qu'elles n'étaient pas des œuvres d'assistance pour les petites bourses, mais des sociétés d'assurances pour les Français de toutes

(1) *Matin* du 9 novembre 1905.

conditions. Rien ne justifie donc les sacrifices imposés aux médecins sous prétexte d'humanité. La philanthropie se fait sur le dos des médecins. Ils voient de jour en jour s'en aller leur clientèle aisée, qui, grâce aux facilités d'entrée que donne le mutualisme aux personnes fortunées, profite des avantages qui devraient être réservés seulement aux membres nécessiteux.

On peut se rendre compte des sacrifices qui sont imposés aux médecins par l'exemple suivant rapporté par le Dr Courgey (1). Un de ses confrères lui racontait sa vie de travail et de labeur. Dans une Société de secours mutuels de 400 membres, il avait fait annuellement, en les calculant au tarif ouvrier minimum, 5.000 francs d'actes médicaux. La Société donnait 4 francs par tête à son médecin, soit 1.600 francs de traitement annuel. Donc la Société réalisait chaque année 3.400 francs de bénéfices sur le médecin seul. En 20 ans, cela représentait 68.000 francs. D'autre part le bureau de bienfaisance donnait 1.500 francs de traitement pour des actes médicaux qui, au tarif minimum, représentaient la somme de 8.000 francs, soit 6.500 francs de bénéfices réalisés annuellement par la ville sur le médecin. En 20 ans, 130.000 francs. Cela fait donc un total de 200.000 francs de philanthropie médicale pour un seul médecin.

Et quel est le résultat de ces sacrifices ? C'est que d'un côté la mutualité se trouve à la tête de 426 millions, et qu'avant 50 ans (2) elle aura 2 milliards ; de l'autre les associations médicales voient grossir le chiffre des pensions à accorder aux médecins ou veuves de médecins sans ressources.

Les médecins ne sauraient donc trop protester et réclamer l'élimination des gens aisés et riches des Sociétés de secours mutuels, de façon à ce que ces Sociétés reprennent le caractère philanthropique qu'elles auraient dû toujours avoir.

(1) Dr COURGEY, *Comment le médecin reste pauvre*, 11 nov. 1905. *Conc. méd.*

(2) A dit M. Barberet, ancien directeur de la mutualité.

Une autre forme courante de l'exploitation des médecins est pratiquée par les *Compagnies d'assurances contre les accidents* du travail. Nous y avons suffisamment insisté en étudiant la loi sur les accidents du travail, et nous nous sommes félicités des conditions nouvelles dans lesquelles se trouvaient les médecins vis-à-vis de ces Compagnies depuis le vote de la loi de 1905. Nous les avons mis en garde cependant contre la façon dont les Compagnies tireraient profit du tarif officiel qui devait être, dans l'esprit du législateur, réservé aux cas où le blessé choisirait lui-même son médecin. Nous n'y reviendrons pas. Qu'il nous suffise de souhaiter que la loi de 1898 s'applique prochainement aux ouvriers agricoles, pour que disparaisse à tout jamais des Compagnies d'assurances la velléité de passer des contrats avantageux avec certains médecins besogneux, comme cela se pratique encore actuellement pour cette catégorie d'accidentés qui ne rentrent pas dans la loi.



Pour résister à cette exploitation, le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit qu'il ne peut accepter aucun tarif au rabais ou à forfait, et qu'il doit exiger le tarif ouvrier avec paiement individuel et à la visite. Il faut restreindre les abus de la médecine gratuite, et pour cela s'interdire, par des engagements pris avec les confrères voisins, d'accepter des honoraires au-dessous d'un tarif minimum; et pour faire respecter ces engagements, il n'est pas de moyen plus sûr que de faire partie d'un syndicat médical auquel seront affiliés tous les autres confrères de la région.

FONCTIONNARISME MÉDICAL

Il est une conséquence de toutes les lois d'assistance et d'hygiène publiques qui éclate aux yeux. A l'énoncé seul de

tous les services médicaux qui ont été créés pour satisfaire aux obligations de ces lois, on voit assez combien le médecin, maintenant, est assujéti à de nombreuses fonctions diverses, qui lui donnent le rôle d'un véritable fonctionnaire. Il est nommé par le préfet, il touche un traitement minime déguisé sous le nom d'indemnité prélevée sur les deniers publics par le Conseil général, il reçoit des ordres de l'administration qui l'oblige à obéir sous peine de révocation; rien ne le distingue des autres fonctionnaires départementaux, sinon qu'il n'a pas comme eux l'avantage de la retraite, et qu'il n'exerce son métier de fonctionnaire qu'à titre secondaire; c'est une fonction accessoire à la profession libérale qu'il remplit; c'est un fonctionnaire intermittent.

D'autre part, il est toute une autre classe de médecins fonctionnarisés : ce sont ceux des administrations publiques qui reçoivent une juste rémunération pour des services parfois très laborieux, qui sont les salariés de ces administrations et dépendent par conséquent d'elles.

D'ailleurs, c'est une manie particulière aux Français à laquelle n'échappent pas les médecins que de rechercher des fonctions, qu'elles soient peu ou même pas rémunérées. C'est avant tout un titre qu'on désire, ne fût-ce que pour se distinguer du voisin, et l'on ne songe pas qu'en agissant ainsi on fait œuvre égoïste, nuisible à ses propres intérêts en même temps qu'à la profession tout entière.

On voit combien générale est la tendance actuelle de faire du médecin un fonctionnaire. Mais est-il désirable pour la profession médicale de voir s'étendre le fonctionnarisme médical? Notre réponse ne peut être douteuse : elle est formellement négative. En effet la carrière médicale a été de tout temps la plus indépendante de toutes : cela est nécessaire, car le médecin doit avoir toute liberté dans sa conduite professionnelle ; son initiative ne doit pas être limitée.

« Donner aux cantons pauvres, dépourvus de médecins, dit le Dr Courgey (1), des médecins comme on leur donne des

(1) *Concours médical* du 28 juillet 1900.

curés, des instituteurs, serait déplorable; ce serait le médecin fonctionnaire; mais si le médecin devient fonctionnaire, c'en est fini de la médecine et du rôle social du médecin, qui ne peut que s'exercer librement, sans entraves; fonctionnarisme, laisser-aller, indifférence, inutilité vont si souvent de pair. »

Cette tendance à la fonctionnarisation de la médecine va-t-elle s'accroître encore dans l'avenir? Il faut, hélas, le craindre tout en le déplorant. En effet, depuis que nous sommes en République, les hommes politiques sincères et amis du peuple ont fait tous leurs efforts pour donner à chacun de nous, quelque bas placé qu'il soit dans l'échelle sociale, le droit à la liberté et à la justice, droit que nous possédons tous en naissant, droit imprescriptible qui a été trop longtemps foulé aux pieds par les puissants du jour. Nous ne saurions trop applaudir à ces mesures d'émancipation, qui, grâce aux efforts inlassables des hommes de cœur d'opinions avancées, commencent à porter enfin leurs fruits. Nous nous inspirerons toujours de cet esprit et joindrons nos efforts aux leurs.

Malheureusement, en mettant en pratique les principes de solidarité on n'a point vu le danger au-devant duquel on courait si on n'y prenait garde. On ne s'est pas aperçu qu'en créant des rouages multiples, en assignant à chacun une place déterminée dans l'organisation sociale, on supprimait en partie par là même l'initiative individuelle, et qu'inconsciemment on organisait la cité future chère aux communistes, la cité dans laquelle tout le monde sera fonctionnaire, la cité où la solidarité sociale sera poussée à son maximum, où chacun dépendra de son voisin et ne pourra agir que suivant des règles déterminées à l'avance, où tout sera ponctuellement organisé par une législation énorme réglementant tous les plus petits détails de la vie. C'est la cité où il y aura un nombre déterminé de médecins, comme il existe un nombre déterminé de facteurs.

Et les hommes qui ont été les promoteurs du mouvement seraient les premiers étonnés si on leur faisait toucher du

doigt les conséquences de leur œuvre, si on leur démontrait que ce qu'ils font n'est qu'une ébauche de cité communiste, dont ils sont les adversaires si résolus.

Car le communisme, si vanté par les uns, si critiqué par les autres, ne serait qu'une vaste cité de fonctionnaires, et c'est pourquoi, de même que nous sommes les adversaires résolus du fonctionnarisme, qui supprime l'initiative humaine, de même nous sommes les adversaires irréductibles du communisme ; fonctionnarisme et communisme, ce sont deux aspects d'une même chose, d'un même danger.

Bien différent est le principe socialiste ; à nos yeux, on a eu tort de confondre ces dernières années dans un même groupe unifié, socialisme et communisme ; autant nous sommes les adversaires du communisme, autant nous sommes les partisans enthousiastes du socialisme, mais d'un socialisme vrai, d'un socialisme d'Etat où l'administration ne serait pas toute-puissante, mais aux ordres de tous les citoyens indistinctement, où ce ne serait pas le pouvoir qui gouvernerait le peuple, mais le peuple tout-puissant qui donnerait des ordres au pouvoir, c'est-à-dire que, par une œuvre d'immense décentralisation administrative, la France serait divisée en une multitude de petits groupements s'administrant eux-mêmes au moyen de fonctionnaires élus par leurs concitoyens, où toute personne remplissant une fonction publique ne serait pas à la merci du favoritisme, mais se verrait jugée au grand jour par ses égaux. Loin de favoriser le fonctionnarisme, ce serait ainsi agrandir le champ de l'initiative individuelle.

Le Dr Rabier dans sa thèse sur le « Rôle social du médecin » se rend compte, lui aussi, de cette évolution de la médecine vers le fonctionnarisme. « L'heure est grave, dit-il, pour le médecin, et son avenir s'y dessine. Les tendances politiques actuelles tendent de plus en plus à subordonner les avantages de l'individu aux intérêts de la communauté. La liberté du médecin menace de sombrer devant les revendications sociales. On a accordé l'instruction gratuite, on

commence à parler de santé gratuite. Les médecins seront-ils enrégimentés demain à titre d'éducateurs ou de gardiens de l'enveloppe physique ? Seront-ils considérés comme fonctionnaires ? On a déjà émis l'idée d'affecter le budget des cultes différemment, de le faire passer des prêtres aux médecins. Au lieu d'un desservant par paroisse, il y aurait un médecin par demi-douzaine de villages.

« On soigne l'esprit aux frais de la communauté, pourquoi pas le corps. Avant d'aller à l'école, il faut se bien porter.

« Les médecins sont donc destinés à être des salariés, et, de ce fait, leur liberté, seul gage du bon exercice de leur art, est menacée, à moins qu'ils ne s'entendent, ne s'unissent dès maintenant et n'imposent leurs volontés. Qu'ils s'unissent donc multitrés et simples docteurs. Puisque le salariat semble devoir être leur condition de demain qu'ils en fixent les règles, qu'ils organisent leur corporation, leurs lois propres. Qu'ils fassent bloc sans permettre l'intrusion de la politique, ni du favoritisme, de la jalousie ni des critiques. »

Le Dr Michaut, de son côté (1), prévoit d'une autre façon l'avenir de la médecine. « Le rôle du médecin pratiquant, dit-il, du médecin de quartier sera dans un avenir très prochain de plus en plus modeste. Nous aurons de grandes cliniques montées par actions, dont la grande division du travail médical permettra aux clients de s'y faire soigner pour toutes les affections connues. Un médecin spécial recueillera sur une fiche les observations de chaque organe en particulier ; c'est ainsi qu'il y aura un auriste, un oculiste, un laryngologiste, un radioscopiste, un neuropathologiste, un chimiste, un urologiste, un stomacal. Un médecin généralisateur réunira ces différents documents et donnera son diagnostic motivé et général. Un institut pharmaceutique délivrera les médicaments ; il y aura, en outre, des instituts hydrothérapique, électrothérapique, massothérapique. Il en résultera une grande économie pour le client et aucun dérangement.

(1) Dans son petit livre intitulé *Pour devenir médecin*.

« Le rôle du médecin dans les grandes villes sera ainsi presque annulé. Des postes de secours et des dispensaires transporteront rapidement les malades en dehors de la ville, dans les hôpitaux qui n'existeront plus à l'intérieur des pays.

« Le chirurgien sera attaché et payé par ces grands instituts; mais il redeviendra ce qu'il aurait dû toujours être : l'auxiliaire et le serviteur du médecin. Il opérera quand le diagnostic aura été posé par le médecin, et on ne fera plus opérer les malades sans nécessité sous prétexte de dichotomie.

« L'utopie des médecins rétribués par l'Etat sera peut-être réalisée. »

Une dernière conséquence de la fonctionnarisation de la médecine a été justement déplorée par le Dr Helme : c'est la disparition du médecin de famille (1).

« Le médecin de famille, dit-il, manière de génie tutélaire, était le confident des parents, le conseiller écouté des enfants, l'ami de tous. Surmontant leurs scrupules, mères et filles n'avaient pas de secrets pour lui. Il avait mis au monde les petits; il les avait vu marier; chacun d'eux était un peu son enfant.

« Cet être de bonté n'a point disparu encore, mais je crains bien, du train dont vont les choses, qu'il ne doive céder la place au médecin fonctionnaire, ce fruit sec des temps nouveaux.

« Le brave homme portait la fiche de tous ses clients dans sa mémoire, où tous les antécédents pathologiques d'une famille venaient se ranger. Comme disent les bonnes gens, il connaissait le tempérament de chacun; il se rappelait que celui-ci avait eu la syphilis, celle-ci, dont les reins étaient lésés, une scarlatine; il savait les causes réelles du décès de la mère. Il avait du bon sens, il était clinicien et posait des diagnostics et des pronostics précis, là où des

(1) Dans un article paru en 1905 dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*.

consultants pris à l'improviste eussent erré gravement. Telle affection au niveau de tel organe n'est que la totalisation des maladies antérieures. Qui, mieux que le médecin de famille, était qualifié pour en rechercher les causes?

« Grâce à sa connaissance du genre de vie, des ressources, des peines et des tribulations d'une famille, il pouvait indiquer le meilleur traitement, celui qui avait le plus de chances d'être suivi. Mais maintenant que les liens du foyer se relâchent, il n'est pas rare, surtout à Paris, de voir les grands parents adopter tel médecin, les enfants tel autre, les petits-enfants tel autre encore.

« A chaque viscère semble préposé un guérisseur spécial; il en est pour la bouche, le larynx, le foie, le cœur: chacun d'eux opine différemment. Et pendant ce temps, le médecin de famille, manière d'infirmier un peu supérieur, est relégué au dernier rang.

« Et maintenant, sous prétexte que le praticien n'est plus à la hauteur des procédés modernes, voici, qu'au nom de l'hygiène, l'Etat, les municipalités, les grandes administrations prétendent lui enlever chaque jour un lambeau de son domaine. Vous en doutez? Je vais vous raconter ce qui vient de se passer pour les médecins inspecteurs des Ecoles... Médecins inspecteurs des Ecoles à 12.000 francs par an vont se substituer aux malheureux médecins de quartier... On abordera ainsi la terre promise aux hommes de laboratoire de bonne volonté; on subira le caporalisme médical dans toute sa rigueur...

« Je m'étonne qu'il y ait encore tant de gens pour croire à l'efficacité des lois et règlements sur l'hygiène... On oublie trop que les lois ne sont rien, si l'on n'a pas su s'assurer le concours de ceux qui seuls peuvent faire comprendre au populaire leur utilité. Et qui mieux que le médecin de famille est à même de prêcher l'évangile nouveau? Or c'est au moment où l'on aurait le plus besoin de lui qu'on l'amoin-drit davantage. Singulière façon, en vérité, d'aboutir dans la lutte où se joue peut-être l'existence de la race.

« Si le corps médical ne réagit pas davantage contre les tendances étatistes de la médecine officielle, un moment viendra où il semblera au public que pour faire de la prophylaxie et de la thérapeutique, tout le monde est qualifié, sauf le praticien. »

Le Dr Toulouse, par contre, dans un article paru en 1904 dans le *Journal* montre une complaisance fâcheuse à accueillir favorablement ce fonctionnarisme. Il ne voit d'autre solution à la crise médicale que le fonctionnarisme. « Le médecin, dit-il, doit devenir, peu à peu, la plus haute autorité d'un Etat rationnellement organisé; c'est le juge de demain; et cette haute fonction est incompatible avec une liberté économique absolue. Qu'il accepte cette évolution, impossible d'ailleurs à empêcher, et qui doit atténuer les effets de la concurrence, inéluctablement en progrès sous les formes les plus extraordinaires... L'Etat peut se préoccuper d'une manière plus active de la situation médicale à la prospérité de laquelle la vie et l'honneur des citoyens sont liés. A mesure que les contributions volontaires des malades baissent, il lui appartient de développer les services publics où le médecin doit trouver une place naturellement de plus en plus grande. Je sais bien que la plupart des praticiens sont hostiles à cette tendance qui les fonctionnarise peu à peu. Ils se débattent sous cette étreinte et veulent conserver leur indépendance, qui est souvent pour le plus grand nombre la liberté de pâtir. Mais que pourront leurs efforts contre un mouvement qui les entraîne violemment hors de leur voie d'option?

« En attendant que de plus efficaces remèdes soient trouvés, le médecin doit accueillir favorablement l'extension de la médecine publique, qui, bien que n'étant pas poursuivie avec le clair dessein de lui être utile, n'en est pas moins favorable à ses intérêts. »

Nous avons dit ce que nous pensions d'un tel système.

Le médecin doit réagir contre le fonctionnarisme qui tend à l'annihiler, à en faire un simple automate. Il faut qu'il

prene la conscience du danger qui le menace et qu'il résiste au courant où risquent de sombrer son individualité et sa dignité.

LES REVENDICATIONS DU CORPS MÉDICAL

Ce qu'il importe d'indiquer comme conclusion à cette étude, c'est le sens dans lequel les médecins doivent se défendre, ce sont les procédés qu'ils doivent employer pour faire aboutir leurs revendications.

M. le Dr Vimont a résumé admirablement ces revendications dans un rapport récent (1), et nous ne pouvons résister au désir de le reproduire, car il exprime, mieux que nous ne le saurions faire et avec toute l'autorité nécessaire, le sentiment unanime du corps médical sur ce sujet.

« Quelles peuvent être à l'heure actuelle, dit-il, les revendications formulées par le corps médical? quelles sont les réformes à obtenir pouvant faire l'objet d'un cahier du tiers-état médical? »

Ces revendications sont multiples; nous pourrions en présenter de nombreuses, depuis la réforme des études médicales, la limitation des médecins par voie de concours, les modifications à la loi des patentés, la rédaction des ordonnances sur papier timbré remplaçant la patente, le régime de la vaccination, la déclaration des maladies contagieuses, etc., et bien d'autres qui surgissent à chaque instant. Ce n'est pas l'abondance des matières qui manque. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de faire une sélection dans ces vœux.

Quelles sont, à l'heure actuelle, les questions les plus importantes susceptibles d'intéresser à la fois et le public

(1) Lu à la séance du 5 mars 1906 du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine.

et le corps médical sur l'ensemble des praticiens sans distinction de rang et d'opinions?

Libre choix du médecin par le malade. — La question qui prime toutes les autres est la liberté de confiance, le libre choix du médecin par le malade, qu'il soit riche ou pauvre, qu'il appartienne à une administration publique ou privée ou à une société de secours mutuels. Cette liberté est un droit imprescriptible de l'homme, le droit que possède chacun de disposer à son gré de sa personne et de confier sa santé et sa vie à celui qu'il juge le plus capable et qui lui offre le plus de garanties, droit sacré aussi important que les grands principes de la liberté de conscience et d'association, de la presse, que nos pères ont conquis au prix de leur sang.

C'est ce principe qu'a déjà reconnu la loi de 1898 accordant à l'ouvrier blessé dans son travail le libre choix de son médecin et édictant des peines contre le patron qui chercherait à porter entrave à cette liberté. Pourquoi, en cas de maladie, tout citoyen n'aurait-il pas ce droit reconnu par une loi à l'ouvrier blessé?

Suppression des monopoles médicaux. — Comme conséquence du libre choix du médecin découle la suppression des monopoles médicaux, c'est-à-dire l'interdiction pour toutes les administrations de l'Etat, des départements et des communes, des administrations privées, des sociétés financières ou philanthropiques de confier à certains médecins exclusivement au détriment des autres la mission de donner des soins à leurs malades et l'obligation pour ceux-ci d'avoir recours aux médecins de l'administration. Nous n'avons pas ni l'intention, ni le pouvoir de supprimer d'un seul coup tous ces monopoles, toutes ces positions acquises, mais nous demandons de poser nettement une question de principe et de nous employer auprès de nos élus pour faire valoir la légitimité de ce principe chaque fois que l'occasion s'en présentera, comme à l'heure actuelle où il s'agit d'établir les cahiers des charges des nouvelles Compagnies du

gaz, des Omnibus, bientôt de l'Electricité, du Métropolitain, etc.

Suppression de l'abus de l'hospitalisation des gens aisés et riches. — Vient ensuite une vieille question sur laquelle nous sommes tous d'accord, qui a été étudiée par tous les groupements médicaux, qui a fait l'objet de maints rapports, de démarches multiples : la question de l'hospitalisation des gens aisés et riches. Nous affirmons en conformité de l'esprit de la loi sur l'assistance que l'hôpital doit être exclusivement gratuit et réservé aux seuls indigents et nécessiteux. Je n'ai pas besoin de renouveler les nombreux arguments fournis à ce sujet : l'encombrement des services hospitaliers contre toutes les règles de l'hygiène tandis que les indigents meurent sans secours à la porte d'établissements hospitaliers créés pour eux, la démoralisation du personnel grâce aux pourboires élevés des gens riches hospitalisés, l'impossibilité pour un médecin d'hôpital de soigner un si grand nombre de malades, tous faits connus de nous et de nos élus.

Opposition à la tendance au fonctionnarisme médical. — A l'heure actuelle il existe une tendance à faire du médecin un fonctionnaire. Celui-ci moyennant un traitement souvent minime déguisé sous le nom d'indemnité, est chargé de fonctions souvent délicates et qui engagent sa responsabilité. Nous demandons que chaque fois que l'Etat ou une administration attache à ses services un médecin, soit comme contrôleur ou expert, celui-ci participe aux avantages de la retraite, et qu'il ne soit pas fait d'exception à cet égard. Nous ne verrions plus la création de ces nombreuses places de fonctionnaires attribuées aux médecins, si l'aboutissant devait être la retraite.

Réforme de l'Enseignement médical. — Nous demanderons en outre qu'une place soit réservée aux praticiens légalement organisés en syndicats dans les commissions ayant à étudier les réformes à apporter à l'enseignement médical.

Il est juste qu'on prenne l'avis des praticiens compétents dans un enseignement qui doit être surtout un enseignement professionnel et non un enseignement purement scientifique.

Limitation de la responsabilité médicale. — Enfin, tout en protestant contre les tendances à l'extension de la responsabilité médicale, nous demanderons la limitation de cette responsabilité aux cas où il y a faute lourde, faisant ainsi rentrer le médecin dans le droit commun. Tout citoyen, y compris le magistrat, devrait être responsable de ses fautes lourdes portant préjudice à autrui. »

Extension du droit syndical. — Il est une revendication de premier ordre oubliée dans le projet du D^r Vimont (1), c'est la révision de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, interdisant aux syndicats médicaux d'actionner les communes, les départements et l'Etat; or, s'il y a des collectivités qui nous exploitent, ce sont bien celles-là, et contre elles, nous sommes désarmés.

Tout ce programme est juste. Pour le réaliser, c'est l'union entre médecins qu'il faut préconiser.

Moyens de faire aboutir les revendications médicales — Le médecin livré à la merci des collectivités qui l'exploitent, ne peut leur résister s'il reste isolé. A cette exploitation collective qui le menace le médecin doit répondre par une organisation collective. La coalition des médecins doit se dresser en face de la coalition des collectivités publiques et privées. Ce mouvement nécessaire de solidarité professionnelle préconisé depuis plus de vingt ans, prend à l'heure actuelle une force de plus en plus grande. Le seul obstacle qu'il rencontre est la mauvaise volonté d'une minorité d'égoïstes ou de jaloux, qui veulent conserver pour eux seuls certains privilèges, ou qui n'étant pas confiants en eux-mêmes, craignent l'application du droit commun.

(1) Exposée par le D^r L. Gourichon à la suite de la lecture du rapport du D^r Vimont.

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES

Cette union nécessaire des médecins peut s'organiser sous deux formes différentes : ou bien des associations de prévoyance leur permettront d'envisager l'avenir avec confiance en les mettant à l'abri des vicissitudes futures de l'existence ; ou bien des associations de défense professionnelle, des syndicats, les assureront contre les risques immédiats de tous les jours en organisant la défense de leurs intérêts contre les efforts de ceux qui veulent y porter atteinte.

Il faut adhérer à toutes ces associations. Il ne faut pas faire une sélection parmi elles et délaisser les associations de prévoyance pour s'adresser aux associations de défense. Aucun médecin assurément n'est excusable de ne pas faire partie de ces dernières : c'est méconnaître les plus élémentaires principes de défense de ses intérêts. Mais on ne saurait assez insister pour recommander à tous les médecins de faire partie d'une association de prévoyance. C'est assurément une lourde charge que de payer des cotisations élevées de différents côtés à la fois. Mais que l'on veuille bien se rendre compte du résultat bienfaisant qui en résulte. Le plus grand nombre de médecins n'ont pas de fortune personnelle et subviennent à leurs besoins par leur travail journalier. Survienne la maladie, la gêne apparaît avec elle à leur foyer. Arrive la vieillesse, ils ne peuvent prendre, faute de ressources suffisantes, le repos mérité par tant d'années de labeur. Tandis que s'ils ont été prévoyants, s'ils ne sont pas restés en retard sur les conceptions mutualistes tant en honneur aujourd'hui, s'ils font partie de caisses de mutualité médicales, ils seront à l'abri des risques de la maladie et de la vieillesse, ils auront droit à une indemnité journalière de maladie, ils jouiront tranquillement pendant leurs dernières années du bénéfice de la retraite à laquelle ils auront droit et, s'ils disparaissent, ils sauront qu'ils ne laissent pas leur famille dans la misère.

1° Œuvres de défense professionnelle Syndicats médicaux

L'existence légale des Syndicats médicaux, contestée d'abord par les tribunaux, fut reconnue par l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892. Cet article reconnaît aux médecins le droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

La restriction qui est formulée à la fin de cet article a été inspirée par la crainte que ressentaient les pouvoirs publics, au moment de l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, de se trouver en présence d'une coalition des Syndicats médicaux.

L'article 17 de cette même loi reconnaît aux Syndicats médicaux, aussi bien qu'aux médecins ou associations de médecins régulièrement constituées, le droit de saisir directement les tribunaux en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine, sans préjudice de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Les formalités exigées pour constituer un Syndicat sont énoncées à l'article 4 de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels. Elles consistent dans le dépôt à la mairie de la localité où le Syndicat doit être établi des statuts et des noms de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de l'administration et de la direction. Du moment que le dépôt aura été effectué, le Syndicat existera légalement, sans avoir même à se préoccuper de savoir si le maire a ou non donné communication dudit dépôt au procureur de la République, ainsi que le prescrit la loi, cela étant une formalité administrative qui ne regarde pas le Syndicat.

L'origine des Syndicats remonte à 1879. Le Dr Cézilly venait de fonder le *Concours médical* et d'y ouvrir une chronique professionnelle. C'est dans ses colonnes que le Dr Mar-

gueritte, du Havre, émit le premier l'idée de réunir les médecins en Syndicats dans une lettre datée du 28 octobre 1879. En 1881, 7 Syndicats se forment : le premier fut celui de Montaigu (Vendée) créé par le Dr Mignen. Sous l'impulsion du Dr Cézilly, les Syndicats médicaux se multiplièrent. En 1882, il en existait 29, en 1884, 74. Le 27 juin 1884, ils se réunissent en une fédération qui porte le nom d'Union des Syndicats médicaux de France. Le 21 mars 1884, avait été promulguée la loi sur les Syndicats professionnels qui devait les rendre légaux.

L'avenir s'annonçait donc sous d'heureux auspices, lorsque survint l'affaire de Domfront. Le Syndicat des médecins de Domfront s'était porté partie civile dans des poursuites exercées par le ministère public contre un rebouteur célèbre de la région. Il se vit débouté de sa demande, sous prétexte que les ouvriers et les patrons avaient seuls le droit de se syndiquer et que la loi du 21 mars 1884 n'était pas applicable aux professions libérales. La Cour d'appel de Caen, puis la Cour de cassation confirmèrent ce singulier jugement. Ce fut un coup funeste pour les Syndicats. 122 Syndicats existaient alors ; et un grand nombre d'entre eux, découragés par cet arrêt, disparurent.

Cependant l'Union des Syndicats médicaux survécut, et la loi du 30 novembre 1892 rendit le droit de vivre aux Syndicats médicaux. 40 Syndicats s'organisèrent en 1893. En 1884, on évaluait à 3.500 le nombre des médecins syndiqués répartis en 74 Syndicats ; en 1900 l'*Annuaire de l'Union* en compte 3.177 répartis en 60 Syndicats et, en 1905, 4.025 dans 67 Syndicats. Ce dernier chiffre comme les précédents ne correspond pas à la réalité ; il est trop élevé, et, si l'on se reporte au chiffre des cotisations, on compte seulement effectivement 3.032 adhérents à l'Union, ce qui représente le 1/6 du corps médical.

On voit donc par ce chiffre qu'il y a beaucoup à faire encore pour grouper dans les associations syndicales tous les médecins soucieux de leurs intérêts. La vitalité d'un

grand nombre de ces Syndicats est précaire; ils manquent totalement dans certaines régions. En outre il y a un défaut d'unité et de méthode dans leur organisation.

Or cette question de réorganisation des Syndicats médicaux a été l'objet d'une vive discussion à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France du 18 novembre 1906. Deux partis se sont formés parmi les promoteurs des idées syndicales; les uns auraient voulu une organisation complète d'un certain nombre d'Unions régionales qui s'affilieraient à une Union nationale, et ils donnaient comme cause de leur désir de réorganiser l'Union l'état stationnaire dans lequel elle se trouve; les autres reprochaient aux Fédérations régionales d'être dissidentes et séparatistes, de s'être créées dans un esprit d'hostilité contre l'Union, et de refuser de s'affilier à elle. C'est ainsi que sur 160 Syndicats existant actuellement, il n'y en a que 80 adhérents à l'Union, les autres en étant empêchés par les Fédérations régionales. Sans être ennemis de la création de ces dernières, ils ne pouvaient cacher la réprobation qu'ils avaient pour la conduite tenue jusqu'à présent par ces Fédérations régionales.

Et l'assemblée leur a donné raison en votant un ordre du jour de conciliation de MM. Granjux et Jeanne ainsi conçu : « L'Union des Syndicats médicaux, considérant que jusqu'à ce jour les groupements provinciaux des Syndicats n'ont pas adhéré à l'Union, ne peut que donner son approbation à la constitution des Fédérations de ce genre, à la condition que leurs statuts imposent le rattachement à l'Union avec les obligations financières qui en résultent. »

Nous estimons que l'entente peut se faire très bien à ces conditions, et que l'Union des Syndicats médicaux, formant de nouveau un bloc compact, réunissant dans une même communion d'idées toutes les bonnes volontés et toutes les intelligences, oubliant les querelles intestines toujours regrettables, affirmera bientôt sa force croissante en groupant

autour d'elle la totalité des médecins pour la défense intensive de leurs intérêts communs menacés.

Peu importe la forme de l'organisation, pourvu que cette organisation soit forte. L'heure est passée, où, pour certains médecins, il était presque mal porté d'être du Syndicat; ils se sont aperçus bien vite que c'était la seule façon d'obtenir le succès de leurs revendications. Mais, pour que ce succès soit facilité, il faut un groupement unique et puissant, réunissant toutes les énergies dans un même but, résistant d'autant plus solidement aux assauts des collectivités qu'il concentre tous ses défenseurs autour du même drapeau au lieu de les laisser succomber l'un après l'autre sous les coups redoutables d'une coalition d'ennemis très nombreux. Cette union doit tout naturellement se faire autour du groupement qui s'appelle l'« Union des Syndicats médicaux de France. »

C'est pourquoi tout en reconnaissant l'utilité et la somme des services rendus par la vaillante société qu'est le *Sou médical* depuis dix ans qu'elle est fondée, nous craignons qu'elle ne soit dans l'avenir une cause d'affaiblissement dans l'unité de défense des intérêts médicaux. Toutefois l'organisation de l'Union des Syndicats n'étant pas suffisamment complète pour poursuivre le but que le *Sou médical* se propose, nous ne saurions trop encourager les médecins à adhérer pour l'instant à cette œuvre si utile et si féconde en résultats.

Le *Sou médical* est en effet une ligue de protection et de défense professionnelle. C'est une société de secours, d'aide, de défense, de prévoyance. Son but est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés, de procurer à ses adhérents son influence, ses conseils et son appui dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier. Il les aide quand leur isolement risquerait de les laisser succomber; il leur donne des avis sur les questions d'honoraires il poursuit l'exercice illégal de la médecine; il

lutte contre les collectivités qui veulent exploiter le médecin; il cherche à améliorer la jurisprudence médicale. Avis déontologiques, consultations juridiques, conseils confraternels, aides pécuniaires, poursuites d'exercice illégal, recouvrements d'honoraires, défense des médecins injustement poursuivis, interventions dans les litiges avec les sociétés, réclamations aux pouvoirs publics, rien de ce qui intéresse la défense professionnelle tout entière ne lui est étranger. En retour de tous ces avantages, une cotisation de 18 francs par an est demandée pour faire face aux dépenses nécessitées par l'étude et la défense des intérêts généraux de la profession.

2° Œuvres de mutualité et de prévoyance médicales

A l'heure actuelle, dit le Dr Vimont dans une revue récente fort bien au point des œuvres de mutualité et de prévoyance médicales (1), tout est à la mutualité. Elle cherche à englober, selon les vœux de M. Deschanel, tous les Français de toutes les catégories et à constituer pour tous une assurance économique contre les infortunes de la vie. C'est la panacée universelle, le remède à tous les maux, c'est la mode du jour.

« Jusqu'ici les médecins se sont occupés beaucoup de la mutualité, qui est devenue florissante à leurs dépens; suivant la fable du bon La Fontaine, ils ont retiré les marrons du feu, non pour eux, mais pour les autres.

« Maintenant les médecins deviennent mutualistes, ils s'efforcent d'être prévoyants et commencent à s'inquiéter de l'avenir. Malheureusement, ils sont perdus au milieu des nombreuses œuvres de mutualité et de prévoyance qui se créent chaque jour et ils ne savent à laquelle accorder leur confiance.

« Une revue de ces différentes sociétés servira à mettre en

(1) Dr VIMONT, Des œuvres de mutualité et de prévoyance médicales (*Rev. mod. de méd. et de chir.*, oct. 1906).

lumière les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

« Ces œuvres peuvent être divisées en deux catégories : 1^o les œuvres d'assistance ou de philanthropie pure ; 2^o les œuvres de prévoyance. »

1^o ASSOCIATIONS DE BIENFAISANCE

Association générale des médecins de France. — C'est la plus importante des associations médicales par le nombre de ses membres et l'importance de ses capitaux. C'est une sorte de fédération des sociétés locales de département. Chaque société locale a son budget spécial à l'aide duquel elle distribue des secours à ses membres ; elle a recours à la caisse centrale si ses ressources sont insuffisantes.

Cette association groupe donc toutes les sociétés de France ; elle comprend actuellement environ 9.200 sociétaires. Moyennant une cotisation annuelle de 20 francs, elle assure aux médecins frappés par l'infortune, à leurs veuves et orphelins nécessiteux des pensions et des secours renouvelables.

Association des médecins du département de la Seine. — C'est la plus ancienne des œuvres médicales : elle a été fondée en 1833 par Orfila. Elle n'admet que des médecins exerçant dans le département de la Seine. Elle compte environ 750 membres, et possède un capital de 1.400.000 francs. Moyennant une cotisation annuelle de 20 francs, elle distribue des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies ou infirmités, à leurs veuves et à leurs orphelins. Elle assure des pensions viagères à ses membres âgés ou infirmes ayant plus de 15 ans de sociétariat. Elle secoure aussi, jusqu'à concurrence du 1/6 du fonds de secours, les médecins qui ne font pas partie de l'Association, leurs veuves et leurs orphelins.

Ces deux sociétés sont des œuvres purement d'assistance ; elles donnent leur aide et leur protection seulement aux membres de la société ou à leur famille qui sont tombés dans la misère : ce sont des assurances contre la misère.

2° ASSOCIATIONS DE PRÉVOYANCE

Tout autre est le but de celles-ci. Elles assurent à tous leurs sociétaires, qu'ils soient riches ou pauvres, pourvu qu'ils aient payé régulièrement leurs cotisations, tous les avantages de la société, soit l'indemnité-maladie, soit la retraite, soit l'assurance-vie.

a) Associations pour indemnités-maladie

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — On l'appelle aussi société Gallet-Lagoguey, du nom de son fondateur.

Moyennant un droit d'entrée de 1 franc par année d'âge et une cotisation annuelle de 120 francs, elle alloue une indemnité de 10 francs par jour pour toute maladie excédant huit jours et pendant toute la durée de celle-ci fût-elle chronique ou incurable, sous la réserve qu'elle entraîne l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale. Elle assure en outre une indemnité de décès à la veuve ou aux enfants d'un associé ayant cotisé pendant au moins 10 ans. En 1901 elle comptait 500 membres et possédait un capital de 351.000 francs.

Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie. — Fondée en 1894 sous les auspices du *Concours médical*, elle s'adresse à tous les médecins de France à condition qu'ils fassent déjà partie de l'Association générale. Un examen médical est nécessaire pour être admis. Il n'y a pas de droit d'entrée; mais tous les ans la prime est fixée d'après l'âge au moment de l'admission et d'après la combinaison choisie.

La société assure à ses membres, 6 mois après l'admission et à partir du cinquième jour de la maladie, une somme de 10 francs pendant 60 jours, et à partir de ce moment 100 francs par mois pendant toute la durée de la maladie, sous réserve que le médecin ne puisse pas faire de visites.

Dans une combinaison A, les primes varient de 54 francs

par an à 25 ans à 118 francs à 64 ans. A 65 ans le sociétaire cesse de payer sa cotisation, mais n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie.

Dans une combinaison B, avec une prime plus élevée l'indemnité dure toute la vie, mais elle ne comprend que les anciens sociétaires, et n'en admet pas de nouveaux.

Dans la combinaison C qui n'est accessible qu'aux médecins âgés de 25 à 50 ans, la prime est payable jusqu'à 65 ans. Pendant tout le temps qu'il paie ses primes, le sociétaire a droit, en cas d'incapacité de travail, à l'indemnité. En cas de décès pendant cette période, on rembourse à ses héritiers une somme déterminée par un tarif. A partir de 65 ans, le sociétaire ne paie plus de cotisation et il entre en jouissance d'une pension de retraite de 1.200 francs. Mais il ne reçoit plus aucune indemnité-maladie, et rien n'est plus remboursé aux héritiers.

b) Associations pour la retraite

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Fondée par le *Concours médical* en 1885 sur l'initiative du Dr Lande. Il faut être affilié à l'Association générale pour profiter de ses avantages. Il faut avoir 60 ans d'âge et 15 ans de participation effective pour avoir droit à la retraite totale type de 1.200 francs par an.

Les cotisations varient suivant l'âge d'entrée. Les étudiants en médecine et les femmes de médecin peuvent en faire partie. On peut payer des primes plus faibles ou plus élevées si l'on veut avoir droit à la moitié seulement, ou au double ou au triple de la retraite. Des combinaisons spéciales permettent d'effectuer aux héritiers du sociétaire le remboursement de ses versements au cas où il viendrait à décéder avant la date où la retraite lui est acquise.

Mutuelle médicale française des retraites de la Mutuelle de Saumur. — De création plus récente. Elle fonctionne partie par capitalisation, partie par répartition.

c) *Associations pour l'assurance-vie*

Elles sont de date récente.

Mutuelle médicale-vie. — Créée par le Syndicat des médecins de la Seine, elle comprend toutes les combinaisons possibles. Elle repose sur les calculs de probabilités de toute Compagnie d'assurance, et comporte par conséquent une réserve mathématique. L'absence d'actionnaires et de Conseil d'administration à rétribuer forme l'économie du projet; car cette Mutuelle médicale-vie n'est encore qu'à l'état de projet, un nombre de 300 adhérents étant nécessaire pour le début des opérations, et ce chiffre étant loin d'être atteint actuellement.

Mutuelle assurance-vie des médecins de France. — Elle fonctionne normalement avec un petit nombre d'adhérents, mais c'est plutôt une Société de secours mutuels. Moyennant un droit d'entrée de 1 franc par année d'âge et une cotisation de 30 francs par an, tous les sociétaires laissent une somme de 1.000 francs à leurs veuves ou héritiers.

Société de prévoyance mutuelle en cas de décès. — Fondée par la Société de l'Elysée. Elle est analogue à la précédente.

Devoir médical de Bordeaux. — Fondée en 1904. C'est une forme de société qui consiste à répartir les assurés en catégories d'un certain nombre de membres s'engageant à verser une certaine somme au décès de chacun d'eux. Elle a pour but d'assurer aux ayants droit de l'associé qui vient à décéder une somme de 10.000 francs payable par le groupe de 1.000 membres dont le défunt faisait partie. A chaque décès d'adhérent, tous les membres de son groupe paient une cotisation variable qui est de 6 fr. 75 par décès pour les sociétaires âgés de 25 ans, 10 francs pour ceux de 40 ans, 18 fr. 55 pour ceux de 60 ans.

Mutuelle générale des médecins français. — Fondée par le Dr Hyvert, c'est une Société de secours mutuels approuvée

par arrêté ministériel du 12 janvier 1906 qui assure le médecin contre les calamités réunies de la vie, la maladie, l'accident, la vieillesse et la mort.

Elle garantit à ses membres 5 francs par jour pendant 60 jours de maladie ou d'accidents; 4 francs par jour les 30 jours suivants, puis des secours renouvelables pendant le cours de la maladie. Elle accorde au décès du sociétaire 1.000 francs à la veuve. Elle assure une retraite d'environ 360 francs à 50 ans ou à 60 ans, selon qu'on adopte la combinaison A ou B, et après au moins 15 ans de participation. Cette retraite peut être augmentée par des allocations renouvelables autorisées par la loi. Elle n'assure qu'un minimum indispensable à l'existence, et permet ainsi aux médecins de compléter ce minimum dans les sociétés de prévoyance déjà existantes; elle ne fait donc pas concurrence à ces dernières. C'est une véritable Société de secours mutuels approuvée qui couvre toutes les risques à la fois, qui est largement ouverte et qui admet des membres honoraires pris en dehors de la profession médicale.

3^e ASSOCIATIONS DE PRÉVOYANCE A BASE COMMERCIALE OU FINANCIÈRE

Prévoyance médicale ou Société française des eaux minérales. — Fondée par le Dr Gélinau, c'est la plus prospère des œuvres : elle compte environ 3.000 membres. Société anonyme montée par actions, toutes entre les mains des médecins adhérents, elle est propriétaire d'eaux minérales et de produits hygiéniques que les actionnaires s'engagent à prescrire quand ils en trouvent les indications. La moitié des bénéfices alimente une caisse de secours pour tous les membres, leurs veuves et orphelins, et une caisse de retraites. Les membres âgés de 60 ans, sociétaires depuis au moins 12 ans, exerçant encore la profession et possesseurs d'une action ou d'une part de jouissance ont droit à la retraite. Le prix d'une action est de 125 francs et de 80 francs pour une part de jouissance, qui rapportent toutes deux un intérêt

d'au moins 5 %. Les veuves ont droit au tiers de la retraite de leurs maris. La société a payé en 1906, 147 retraites de 800 francs aux médecins et 33 retraites à des veuves.

Patronage médical. — Œuvre analogue fondée récemment par le *Concours médical*.

C'est une société en commandite qui acquiert des titres de diverses sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents sont copropriétaires de ces titres qu'ils ont intérêt à faire fructifier en recommandant les eaux et produits choisis judicieusement, quand ils en trouvent les indications. Chaque action de 50 francs donne droit à un dividende et à une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse quand le titulaire a 50 ans d'âge et 10 ans de participation.

*
* *

L'unité d'organisation, sans laquelle nous disions qu'on ne peut pas faire œuvre utile pour la défense des intérêts médicaux, est nécessaire elle aussi pour assurer l'avenir des œuvres de mutualité médicale. « L'union, dit le Dr Vimont, pourrait remédier à un des dangers qui menacent les œuvres mutuelles. On a dit avec juste raison : l'argent des médecins est chose rare, il ne peut se dédoubler; si vous l'éparpillez sur une quantité d'œuvres, ces œuvres auront moins de vitalité qu'un ou deux grands groupements existant seuls. Vous créerez des œuvres dont le but est louable, mais qui végéteront, n'offriront plus de grande sécurité dans l'avenir et peut-être causeront de graves déceptions au médecin qui comptait sur elles lorsque la maladie ou la vieillesse viendront le frapper. Une seule œuvre avec des combinaisons multiples peut seule garantir nos confrères contre les abus possibles. »

CONCLUSIONS

De tout cet exposé de faits et de lois qu'allons-nous conclure ? De cette étude impartiale de la situation matérielle du médecin vivant et pensant au milieu de ce formidable ensemble de lois quelle idée dégager ?

C'est la nécessité pour le jeune médecin de s'instruire non seulement au point de vue purement médical, mais aussi au point de vue juridique. Il ne doit pas s'enfermer dans une tour d'ivoire, ignorer des documents législatifs nouveaux qui s'élaborent. Leur étude, quelque aride qu'elle puisse paraître, lui est indispensable, nous dirons presque que c'est pour lui question de vie ou de mort.

Il faut en effet, pour lutter avec chance de succès, connaître le danger, savoir que la législation nouvelle tend de plus en plus à fonctionnariser notre profession, qu'à chaque pas devant nous se dresse quelque collectivité menaçante, État, société d'assurances ou toute autre.

Il faut aussi pour vaincre avoir la foi dans l'union du corps médical. Notre avenir est entre les mains des syndicats médicaux ; il faut que l'idée syndicale pénètre partout.

Quand cette union sera réalisée, le succès sera bien vite le prix de nos efforts. Les pouvoirs publics sauront qu'ils ont en face d'eux non plus des forces disséminées mais un groupe compact de volontés agissantes, disposant d'une force considérable, et nos revendications s'imposeront à eux.

Que réclamons-nous, en effet, si ce n'est un peu plus de justice, un peu plus de liberté ?

Il est bon en tout cas que ces idées se répandent. La magistrature a jusqu'ici écouté d'une oreille inattentive nos

plaintes motivées. Souhaitons qu'à l'avenir, comprenant enfin mieux le rôle social du médecin, sachant quelle lourde tâche lui incombe, elle se montre plus généreuse avec lui.

Ainsi arriverons-nous, soyons-en persuadés, à conserver au médecin dans la société moderne la place à laquelle il a droit.

Chacun trouvera dans ce résultat son intérêt. La crise médicale conduit en effet certains médecins besogneux à des compromissions qu'ils répudieraient si tout autre était leur situation; et le malade se ressent le premier de cet état de choses.

Au reste cette amélioration dans notre situation nous semble être la récompense des progrès que le corps médical a permis de réaliser. Il s'est prodigué sans compter, il est juste qu'aujourd'hui il ne soit pas le seul oublié dans l'œuvre de réorganisation sociale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
E. BRISSAUD.

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIES

ENCOMBREMENT MÉDICAL, LOI MILITAIRE, BIBLIOGRAPHIE

D^r GOUFFIER, L'encombrement de la profession médicale. Causes. Résultats. Remèdes (*Conc. méd.*, 1900, p. 529). — D^r DEBOVE (interview). L'encombrement médical. Causes, moyens d'y remédier (*Rev. de déont.*, févr. 1905). — D^r LEPAGE, Déontologie et encombrement médical (*Rev. de déont.*, nov. 1903). — D^r LEPAGE, L'encombrement médical. Ses conséquences. Quelques moyens d'y remédier (*Rev. de déont.*, déc. 1903). — D^r DE LAVARENNE, Etude statistique à propos de l'Encombrement médical (*Presse médicale*, 24 mars 1900). — BROUARDEL, La profession médicale au commencement du xx^e siècle, pp. 12 à 38. — D^r COURGEY, Lettre d'un sceptique qui voudrait croire (*Conc. méd.*, 28 juillet 1900). — WICART, Le service militaire des étudiants en médecine (*Rev. de déont.*, fév. 1905).

Concours médical : 1900, pp. 7, 36, 73, 108, 117, 143, 176, 188, 202, 224, 250, 261, 284, 310, 331, 357, 358, 406, 418, 488, 514, 527, 577, 580, 583.

RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — BIBLIOGRAPHIE

D^r LEREDDE, Rapport sur la réforme des Etudes médicales (*Conc. méd.*, 28 octobre 1906). — La réforme des études médicales (*Revue scientifique*, 12 mai 1906; *La Médecine sociale et professionnelle*, 20 septembre 1906). — D^r LETULLE, La réforme de l'Externat (*Presse médicale*, 18 juin 1904). — D^r H. TRUC (Montpellier), L'Enseignement de l'anatomie et la Scolarité médicale (*Bulletin médical*, 22 juin 1904. *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux*, 20 octobre 1906. *Le Petit Praticien du Nord*, septembre 1906). — L'agrégation devant la commission de réforme (*Revue de déontologie*, janvier 1905).

Concours médical : 1902 — pp. 44, 240, 302, 569, 601, 630, 645, 665, 681, 697, 713, 715, 729, 767, 791, 810, 811.

1903 — pp. 44, 126, 129, 145, 206, 237, 240, 268, 282, 298, 351, 507, 570, 619, 671, 673, 699, 705, 722, 784.

1904 — pp. 49, 81, 140, 145, 176, 198, 305, 337, 348, 369, 460, 496, 508, 681, 709, 799.

1905 — pp. 193, 225, 289, 304, 321, 368, 369, 416, 610, 773.

1906 — pp. 103, 109, 506, 508, 563, 639, 675, 690, 702, 722, 729, 745, 762, 771, 780, 781, 809, 816, 835, 871, 872, 906, 914.

EXERCICE DE LA MÉDECINE. — BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, L'exercice de la médecine et le charlatanisme, 4899. — LEGENDRE et LEPAGE, Le médecin dans la Société contemporaine, pp. 129 à 147. 1902. — ROLAND, Médecins et loi du 30 nov. 1892. — DUMAS, Loi sur l'exercice de la médecine, addendum (*Echo médical des Cévennes*, p. 22. 1900). — G. THOMAS, Loi sur l'exercice de la médecine; interprétation (*Indépendance médicale*, p. 248. 1898).

MÉDECINS ÉTRANGERS. — BIBLIOGRAPHIE

D^r L. GOURICHON, Rapport sur la question des étudiants et médecins étrangers, (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 5 mars 1896). — L. BROUARDEL, Les médecins et les étudiants étrangers et français devant la loi du 30 nov. 1892 (*Ann. d'Hyg.*, p. 403, 1898).

LA MÉDECINE AUX FRONTIÈRES. — BIBLIOGRAPHIE

J. NOIR, La pratique de la médecine aux frontières (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 5 mars 1896). — D^r BALLET, Rapport sur l'exercice de la médecine aux frontières (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 20 août 1896). — D^r GAIRAL, Rapport sur l'exercice de la médecine aux frontières (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 5 sept. 1906). — *Concours médical* : 1900, pp. 380 ; 1901, p. 45 ; 1905, p. 604.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, L'exercice de la médecine et le charlatanisme, 1899. — D^r DESCOUTS, Rapport sur l'exercice illégal de la médecine (*Compte rendu du Congrès de méd. prof. et de déont.*, pp. 181 à 194. Juillet 1900, Masson, édit.). — D^r DIGNAT, Exercice illégal de la médecine (*ibid.*, pp. 257-262). — PETIT, Vente des médicaments sans ordonnance (*ibid.*, pp. 276-281). — D^r BARDET, Rapport sur les causes sociales de l'exercice illégal de la médecine (*Congrès pour la répression de l'exercice illégal*, 28, 31 mai 1906). (*Med. soc. et prof.*, 20 août 1906). — BRUNO-DUBRON, L'exercice de la médecine et les pharmaciens (*Rev. de déont.*, juin 1904). — GONDART, Les magnétiseurs devant la loi (*Rev. de déont.*, avril 1904). Congrès sur l'exercice illégal de la médecine (28-31 mai 1906).

Concours médical : 1898 — pp. 21, 73, 95, 107, 142, 203, 346, 348, 358, 395, 444, 622.

1899 — pp. 79, 83, 96, 213, 216, 227, 228, 240, 249, 285, 300, 322, 332, 395, 420, 431, 540, 609.

1900 — pp. 94, 106, 130, 332, 418, 502, 556.

1901 — pp. 12, 44, 55, 92, 116, 236, 266, 353, 380, 392, 405, 452, 488.

1902 — pp. 224, 285, 454, 457, 583.

1903 — pp. 272, 347, 351, 401, 411, 481, 640, 650, 714, 746, 799, 815.

1904 — pp. 27, 47, 78, 80, 96, 97, 105, 114, 126, 157, 160, 175, 190, 207, 270, 272, 303, 384, 408, 462, 463, 480, 490, 491, 494, 508, 512, 575, 576, 592, 607, 608, 666, 704, 750, 784, 800, 814.

1905 — pp. 43, 45, 46, 63, 79, 80, 139, 174, 206, 238, 271, 288, 303, 368, 456, 472 bis, 494, 606, 610, 638, 694, 821.

1906 — pp. 16, 83, 160, 211, 218, 254, 305, 349, 399, 454, 516, 566, 636, 674, 833, 851, 852, 853, 882.

EXERCICE DE PHARMACIE. — BIBLIOGRAPHIE

Concours médical : 1898 — pp. 130, 144, 179, 287, 348.

1899 — pp. 35, 192.

1900 — pp. 381, 393, 567, 589.

1901 — pp. 101, 285, 343, 381, 487, 543, 587.

1902 — pp. 126, 763.

1903 — pp. 256, 413, 426, 523, 524, 561, 602, 603, 640.

1904 — pp. 33, 177, 237, 285, 286, 288, 655.

1906 — pp. 603, 657, 693, 747, 823, 650, 664, 721, 799, 878.

CONTANT, *Précis de législation pharmaceutique*, 1902. — ROUÉ, *Jurisprudence pharmaceutique*, 1899. — D^r LEGENDRE (*Thèse*), *Les propharmaciens*, 1902.

ACHAT DE CLIENTÈLE. — BIBLIOGRAPHIE

CASSET, *Législation médicale*, pp. 30 à 33. — D^r DUCHESNI, *Conc. méd.*, 11 janvier 1903. — LEGENDRE et LEPAGE, *Le médecin dans la Société contemporaine*, pp. 36 à 38. — HUCHARD, *Journal des praticiens*, p. 95. 1901.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — ABUS DES PLAINTES EN RESPONSABILITÉ
BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, *La Responsabilité médicale*, 1898. — MORACHI, *La Responsabilité médicale*. — MERLIN, *De la Responsabilité médicale*. — GRIERMONPREZ, *L'assassinat médical*. — FAREMBAT, *Responsabilité des médecins traitants*. *Thèse de la Faculté de droit*, 1903. — PRUNIER, *Conditions juridiques des médecins*. *Thèse de la Faculté de droit*, 1904. — MAXWELL, *De quelques cas de responsabilité médicale* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3^e série, 1902, t. XLVII, p. 56). — D^r MAUCLAIRE, *L'abus des plaintes en Responsabilité médicale ou chirurgicale* (*Tribune médicale*, 30 déc. 1905).

Concours médical : 1898 — pp. 58, 70, 109, 132, 151, 153, 215, 224, 408, 477.
1899 — pp. 10, 94, 144.
1900 — pp. 180, 189, 213, 216, 579.
1901 — pp. 89, 200, 342, 486, 512, 626.
1902 — pp. 80, 239, 612, 727.
1903 — pp. 48, 138, 545.
1904 — pp. 74, 271, 529, 559, 588.
1905 — pp. 75, 140, 223, 255, 302, 435, 610.
1905 — pp. 193, 213, 289, 328.

SECRÉT MÉDICAL. — BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, *Le Secret médical*, 1893. — VALENTINO, *Le Secret professionnel en médecine*, 1903. — LEGENDRE et LEPAGE, *Le médecin dans la Société contemporaine*, pp. 110 à 129. 1902. — CASSET, *Législation médicale*, pp. 134-142.

Concours médical : 1898 — pp. 8, 320, 334, 369, 432.

1899 — pp. 249, 381, 516.
1900 — pp. 68, 70, 94, 204, 230, 275.
1901 — pp. 114, 271, 512.
1902 — pp. 208, 269, 473, 534, 568, 727.
1903 — pp. 284, 509.
1904 — pp. 61, 510, 624.
1905 — pp. 133, 377, 506.
1906 — pp. 366, 387, 405, 753, 851, 883, 920.

LES MÉDECINS ET LA JUSTICE. — BIBLIOGRAPHIE

Concours médical : 1898, p. 623. — 1901, p. 153. — 1902, pp. 157-594. — 1905, p. 520 bis.

PATENTE. — BIBLIOGRAPHIE

CASSET, *Législation médicale*, pp. 126 à 131.

Concours médical : 1898, pp. 140, 151, 216, 287, 408. — 1899, pp. 82, 180. — 1901, pp. 92, 176, 343. — 1903, p. 497. — 1904, pp. 33, 78. — 1905, pp. 269, 325. — 1906, p. 656.

IMPOTS. — BIBLIOGRAPHIE

Réduction de la taxe des chevaux et voitures. *Conc. méd.* : 1900, pp. 121, 237. —

Impôt sur le revenu. Le médecin et le projet Peytral. *Conc. méd.* : 1898, pp. 547, 611.
 — RENON, L'impôt sur le Revenu et les médecins (*Journal des Praticiens*, 2 juin 1906). — H. CÉZILLY, L'impôt sur le Revenu et le secret professionnel (assemblée du *Conc. méd.* du 19 nov. 1906). (*Conc. méd.*, 9 déc. 1906.)

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — BIBLIOGRAPHIE

MIRMAN, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, Rapport à M. le ministre de l'intérieur concernant l'exécution pendant les années 1900, 1901 et 1902 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (Melun, Imprimerie administrative, 1906). — H. MONOD, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, L'assistance médicale obligatoire en France. Premières applications de la loi du 15 juillet 1893 : année 1895 (Melun, Imprimerie administrative, 1897). — H. MONOD, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, L'assistance médicale obligatoire en France. Application de la loi du 15 juillet 1893. Deuxième année, 1896 (Melun, Imprimerie administrative, 1898). — D^r A. GASSOT, L'assistance médicale gratuite en 1903 (*Conc. méd.*, 11 mars 1905, n° 10, p. 145). — E. DUPONT et LUCILLIER, Le service de l'assistance médicale gratuite en France (Baillière et fils, 1900). — G. RONDEL, La loi d'assistance médicale gratuite devant les conseils généraux (*Revue politique et parlementaire*, avril 1895). — D^r MIGNEN, Rapport sur l'assistance médicale des indigents (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 20 janvier 1895). — D^r CASSET, Législation médicale (Texte de la loi d'assistance médicale gratuite, p. 163). — BÉDOIN, L'assistance médicale gratuite dans les campagnes (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet 1894). — BAUDOUIN, L'assistance chirurgicale gratuite dans les campagnes (*Progrès médical*, 1897, n° 12). — J. NOIR, La réinvestiture des médecins des bureaux de bienfaisance (*Progrès médical*, 1900, p. 465).

Compte rendu du congrès de médecine professionnelle et de déontologie. Masson, 1900. — BOUSQUET (Clermont-Ferrand), Assistance médicale gratuite dans le département du Puy-de-Dôme. (Ses desiderata et ses lacunes, pp. 202 à 208.) — DALLEST (Marseille), Assistance médicale gratuite, pp. 225 à 228. — BAUDRY (Rennes), A propos des questions d'assistance médicale gratuite et la grève des médecins d'Ille-et-Vilaine, pp. 394 à 403.

Annales d'hygiène et de médecine légale depuis 1893. — Bulletin officiel du syndicat des médecins de la Seine, depuis 1893.

Concours médical depuis 1893.

1898, pp. 7, 37, 93, 107, 119, 131, 143, 144, 155, 191, 203, 217, 288, 312, 324, 335, 348, 359, 368, 370, 394, 396, 432, 469, 490, 504, 517, 525, 539, 559, 561, 574, 583, 600, 613.

1899 — pp. 430, 432, 443, 453, 548.

1900 — pp. 82, 95, 142, 169, 194, 195, 262, 325, 333, 417, 502.

— 1901 — pp. 66, 92, 127, 245, 249, 309, 329, 339, 421, 576.

1902 — pp. 111, 334, 348.

1903 — pp. 638, 667, 686, 703, 714.

1904 — pp. 161, 267, 288, 298, 315, 462, 608, 716.

1905 — pp. 97, 145, 146, 224, 557, 575, 576, 761, 788.

1906 — pp. 37, 211, 271, 361, 508, 656, 665, 710, 726, 744, 854.

ABUS DE L'HOSPITALISATION DES MALADES NON INDIGENTS. — BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu du congrès de médecine professionnelle et de déontologie, 1900. — VARIOT, Sur les abus des consultations hospitalières gratuites à Paris, p. 114. — THIÉRY, Sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris, pp. 115 à 178. — ROLLAND (Toulouse), La question des malades aisés et riches dans les hôpitaux p. 255. — DORIZON, Rapports du service de l'assistance à domicile avec les services hospitaliers, pp. 208 à 225.

TRIBOULET et DORIZON, Rapport sur l'abus de l'hospitalisation à Paris des non nécessiteux (*Bull. du Synd. des méd. de la Seine*, 15 août 1901). — D^r BLOND, Du contrôle à établir dans les hôpitaux (Rapport au congrès national d'assistance à

Lyon, séance du 26 juillet 1894). — D^r SÉBILÉAU, L'hospitalisation à Paris des sinistrés du travail (Rapport lu à la Société des chirurgiens de Paris, le 25 novembre 1903) (*Rev. de déont.*, nov. 1903.) — VIGNARD (Lyon), Rapport (*Lyon médical*, 24 sept. 1905). — MESUREUR (directeur de l'A. P.), Voleurs des pauvres (*Matin*, 1^{er} juillet 1906). — André IBELS Les voleurs des pauvres, campagne contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux (*Eclair*, mois de sept. 1906). — D^r R. BLONDEL, Les pansements à quinze sous dans les hôpitaux (*Journal des Praticiens*, février 1906).

Concours médical : 1898 — pp. 406, 501.

1899 — pp. 105, 227, 332.

1900 — pp. 27, 37, 93, 272, 274, 391, 436, 493.

1902 — p. 450.

1903 — pp. 81, 186, 187, 667.

1904 — p. 423.

1906 — pp. 9, 61.

1906 — pp. 690, 757.

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, La profession médicale au commencement du xx^e siècle, p. 74. — POIRAK, Mémoire sur l'hygiène de l'enfance (*Bull. Acad. méd.*, 30 déc. 1902). — GRANJUX, Des circonscriptions médicales pour l'inscription des nourrices (*Bull. méd.*, 1^{er} mars 1899).

Concours médical : 1898 — pp. 179, 191, 204, 227, 357, 415, 560, 580.

1899 — pp. 3, 44, 80, 103, 128, 141, 453, 476.

1900 — pp. 71, 192, 580, 583.

1901 — pp. 58, 437, 441, 451, 462, 485, 500, 573, 544, 580, 639, 640.

1902 — pp. 236, 483, 763.

1906 — pp. 298, 439, 440, 556.

ENFANTS ASSISTÉS. — BIBLIOGRAPHIE.

Concours médical : 1905 — pp. 45, 176, 207.

1906 — pp. 108, 415, 511.

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE. — BIBLIOGRAPHIE

Henri MONOD, La Santé publique. Législation sanitaire de la France, 1904. — *Compte rendu annuel des travaux des Conseils départementaux d'hygiène et des commissions sanitaires*, depuis 1905. — P. BROUARDEL, La profession médicale au commencement du xx^e siècle, 1903, pp. 172 à 209. — LEGENDRE et LEPAGE, Le médecin dans la société contemporaine, 1902, pp. 147 à 160. — TRÉLAT, La loi du 15 février 1902. Ses conséquences juridiques et pratiques dans les communes. — PESCHAUD (Marcel), De l'intervention de l'Etat en matière d'hygiène publique, 1898. — FILASSIER, De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, 1899. — Hygiène publique. Législation et Réglementation. Textes officiels, 5 fascicules, 1903, 1904, 1906. Melun, Imprimerie administrative. — *Revue pratique d'hygiène municipale urbaine et rurale* (1905-1906), Berger-Levrault, éditeur. — Recueil annuel des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Concours médical : 1901 — pp. 57, 440, 528, 545, 586, 605, 642.

1902 — pp. 119, 481, 499, 505, 537, 764.

1903 — pp. 29, 50, 66, 82, 94, 98, 140, 350, 411, 478, 490, 551, 620, 745.

1904 — pp. 319, 321.

1905 — pp. 170, 545, 551, 738.

1906 — pp. 163, 493, 506, 544, 799.

VACCINATION. — BIBLIOGRAPHIE

BORNE, Vaccination et revaccination obligatoire, 1902.

Concours médical : 1898 — p. 561.

1903 — p. 745.

1904 — pp. 93, 128, 160, 328, 385, 496, 593, 598, 620, 639, 650.

1905 — pp. 232, 285, 287, 449, 476, 497, 529, 545, 551, 577, 738.

1906 — pp. 164, 526, 567, 583, 666, 726, 764.

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES. — BIBLIOGRAPHIE

LEGENDRE et LEPAGE, Le médecin dans la société contemporaine, 1902, p. 154.

Concours médical. — 1903, pp. 411, 434.

1905 — pp. 435, 531.

INSPECTION DES ÉCOLES. — BIBLIOGRAPHIE

Concours médical : 1904 — pp. 17, 32.

1905 — pp. 74, 176, 231, 258, 303, 395, 520, 744.

D^r JEANNE, L'inspection médicale des écoles. — L. BROUARDEL, La profession médicale au commencement du xx^e siècle, 1903, pp. 86 à 91. — Le D^r H. GOURICHON, trésorier de l'Union des syndicats médicaux, recueil depuis le mois de juin 1906 tous les renseignements et documents ayant trait à l'inspection des écoles.

POLICE SANITAIRE MARITIME. — BIBLIOGRAPHIE

BOREL et FAYOL (Marseille), La médecine sanitaire maritime au point de vue économique (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.*, 1900, pp. 381 à 389). — LEGENDRE et LEPAGE, Le médecin dans la Société contemporaine, p. 153. — P. DESFOSSÉS, Les débouchés de la médecine. Les médecins de paquebots (*Presse médicale*, 20 août 1898). — J. D'ANFREVILLE, Médecins sanitaires maritimes (*Presse médicale*, 24 août 1901). — D^r BOREL, Comment on devient médecin de paquebot. L'examen de médecine sanitaire maritime (Carré et Naud, éditeurs, 1898). — D^r MICHAUT, Pour devenir médecin, p. 128.

Concours médical : 1898 — pp. 273, 396, 512.

1900 — pp. 240, 312.

1901 — p. 426.

1902 — p. 224.

1903 — pp. 111, 464, 670, 799.

1904 — p. 571.

1905 — p. 775.

1906 — p. 122.

LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — BIBLIOGRAPHIE

FORGUE et JEANBRAU, Guide pratique du médecin dans les accidents, 1905. — OLLIVE et MEIGNEN, Les ac. du tr., jurisprudence et médecine légale, 1904. — SACHET, Traité théorique et pratique de la législation des ac. du tr., 1904. — FERRETTE et D^r LAVAL, Les ac. du tr., 1901. — FERRETTE et Ch. FLORENTIN, Les ac. du tr., 1900. — WAGNER, Première pratique médicale de la loi des ac. du tr., 1901. — BRUGEILLES et DALFORT, Commentaires de la loi des ac. du tr. — DIVERNERESSE, Les lacunes de la loi sur les ac. du tr., 1903. — BROUARDEL, Les ac. du tr., 1903. — BROUARDEL, Les blessures et les ac. du tr., 1906. — CABOUAT, Traité des ac. du tr., 1901. — VIBERT, Les ac. du tr., 1906. — THOINOT, Les ac. du tr. et les affections médicales d'origine traumatique, 1904. — BOYER, La consolidation dans les ac. du tr., 1904. — CABOUAT, Réformes réalisées par la loi de 1902 en matière d'ac. du tr., 1903. — MOURRAL et BERTHIOT, Ac. du tr. Commentaire pratique et revue de

jurisprudence, 1906. — DUCHAUFLOIR, Les ac. du tr., 1906. — GILLET, La législation des ac. du tr. — HUBERT, La loi sur les ac. du tr. et le secret professionnel, 1904. — RECUEIL DE DOCUMENTS SUR LES AC. DU TR. réunis par le ministre du commerce. Lois, règlements, circulaires, jurisprudence, rec. I, déc. 1904. — D^r JAMIN (*Thèse*), Critique médicale de la loi sur les ac. du tr., 1902. — P. DAUCHEZ (*Thèse*), Ac. du tr., 1903. — CAZEMAJOUR (*Thèse*), Considérations sur quelques résultats de l'application de la loi sur les ac. du tr., 1904. — RAMÉ (*Thèse*), Etude médicale de la loi sur les ac. du tr., 1901. — BOUQUET (*Thèse*, Montpellier), Le médecin et la nouvelle loi, 1899. — AUPETIT (*Thèse de droit*), De la responsabilité des accidents agricoles, 1901. — BLONDEL (*Thèse de droit*), La responsabilité des ac. du tr. sous le régime du Code civil, 1901. — CASSET, Législation médicale, 1902, pp. 20 à 30. Texte de la loi, p. 170.

Ann. d'hyg. et de méd. lég., depuis 1898. — *Revue judiciaire des ac. du tr.*, depuis 1900. — *Bull. de l'office du travail*, depuis 1898. — *Monde médical* (25 déc. 1905). La médecine des ac. du tr. Intérêts professionnels. — *Semaine médicale* (suppl.) (26 avril, 17, 24 mai, 21 juin, 12 juillet, 23 août 1899), Loi sur les ac. du tr. — *Revue mod. de méd. et de chirurgie* (février 1903), D^r E. DE PRADEL, La loi sur les ac. du tr. et les médecins. — *Journal des praticiens* (1903, p. 181), D^r MAUCLAIRE, Les certificats chirurgicaux pour les ac. du tr.

Concours médical: 1898 — pp. 106, 385, 506.

1899 — pp. 117, 142, 205, 288, 299, 325, 347, 349, 371, 396, 418, 609.

1900 — pp. 12, 32, 58, 72, 95, 96, 216, 238, 239, 274, 431, 456, 502, 625. Honoraires : pp. 106, 419, 142, 189, 214, 274, 490.

1901 — pp. 12, 43, 54, 56, 66, 79, 163, 189, 226, 246, 248, 282, 296, 304, 309, 355, 381, 391, 421, 462, 474, 486, 539, 544, 574, 582, 637, 638.

1902 — pp. 91, 177, 181, 222, 276, 288, 312, 378, 394, 397, 398, 438, 440, 617, 765. Honoraires : pp. 15, 46, 267, 549, 631, 647, 709.

1903 — pp. 13, 44, 49, 100, 258, 259, 270, 318, 465, 605, 625, 719, 817.

1904 — pp. 89, 110, 254, 270, 314, 321, 335, 401, 417, 463, 513, 558, 573, 587, 622, 720.

1905 — pp. 1, 16, 123, 143, 190, 221, 250, 315, 353, 367, 408 bis, 417, 433, 463, 477, 508, 509, 584 bis, 587, 600 bis, 632 bis, 831. Tarif : pp. 65, 330, 641, 677, 691, 707, 713, 733, 750, 771, 814.

Loi du 9 avril 1898 (*J. off.* du 10 avril 1898). — Loi du 30 juin 1899, (*J. off.* du 1^{er} juillet 1899). — Loi du 22 mars 1902 (*J. off.* du 27 mars 1902). — Loi du 31 mars 1905 (*J. off.* du 2 avril 1905).

SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — BIBLIOGRAPHIE

D^r DARIN (*Thèse*), Les médecins et la mutualité, 1904. — Enquête du *Concours médical* sur les sociétés de secours mutuels (*Conc. méd.*, 17 août 1895). — D^r DIVERNERESSE, Libre choix du médecin par le malade dans les Soc. de sec. mut. (*Bull. off. du synd. des méd. de la Seine*, 15 février 1906). — DE LAVARENNE, Les Sociétés mutualistes et les médecins (*Presse médicale*, 1903, n° 28). — BAUDOUIN, Médecins et mutualistes (*Gaz. méd. de Paris*, 1900, p. 589). — LACAÏLE, De la nécessité d'organiser la lutte contre les Sociétés coopératives (*J. de méd.*, 1901, p. 187). — D^r SAVORNIN, Rapport sur la position des médecins mutualistes à la commission mixte de la ligue de la Prévoyance de la mutualité, 1894. — PUTEAUX, Rapport à la même commission, 7 décembre 1894. — D^r DIVERNERESSE, Le poker mutualiste (*Méd. sociale et prof.*, 20 août 1906). — F. LÉPINE, Une autre évolution nécessaire. Le conflit médico-mutualiste (*Conc. méd.*, 20 août 1906). — D^r VIMONT, Les médecins et les mutuelles-maladies. Rapport à l'assemblée générale du *Conc. méd.* du 18 nov. 1906 (*Conc. méd.*, 9 déc. 1906). — D^r CUYLITS (Bruxelles), Rapport sur les rapports des médecins avec les mutualistes (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.*, 1900, pp. 30 à 51). — D^r LEMIERRE (Lille), Sur le mode de rétribution des médecins par les Sociétés de secours mutuels (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.*, 1900, pp. 242 à 250). — DE LACROUZILLE (Périgueux), Des rapports des médecins entre eux au point de vue de l'attitude à prendre par le corps

médical vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.* 1900, pp. 235 à 242).

Concours médical : 1898 — pp. 25, 36, 71, 80, 106, 190, 203, 227, 287, 311, 383, 431, 453, 503, 506, 516, 548, 553, 559, 560, 623, 624.

1899 — pp. 25, 264, 289, 335, 347, 348, 360, 368, 384, 419, 431, 503.

1900 — pp. 83, 95, 109, 130, 189, 241, 296, 368, 417, 499, 568, 580, 615, 622, 632.

1901 — pp. 21, 36, 67, 79, 184, 210, 412.

1902 — pp. 11, 725, 790.

1903 — pp. 15, 170, 171, 173, 175, 256, 362, 400, 414, 431, 446, 496, 513, 605, 667, 711.

1904 — pp. 64, 107, 202, 478, 545, 588, 768, 815.

1905 — pp. 50, 81, 97, 113, 138, 158, 177, 217, 222, 243, 257, 296, 299, 337, 467, 483, 499, 579, 706, 718, 735, 745, 772, 784, 830.

1906 — pp. 14, 34, 106, 107, 119, 162, 195, 232, 267, 287, 288, 306, 307, 321, 347, 362, 473, 514, 515, 565, 567, 613, 631, 674, 685, 700, 740, 768, 834, 868, 871, 874, 918, 919.

EXPLOITATION DES MÉDECINS PAR LES COLLECTIVITÉS. — BIBLIOGRAPHIE

D^r NOIR, Les débuts dans la vie médicale (*Rev. de déont.*, n° 2). — NOEL, L'Etat et les Collectivités exploitent de la profession médicale (*Bull. méd.*, 1901, p. 125). — Médecins exploités (*Gaz. méd. de Paris*, 1899, p. 465). — D^r COURGEY, Comment le médecin reste pauvre (*Conc. méd.*, 11 nov. 1905). — D^r COURGEY, Un côté du rôle des médecins de Sociétés (*Conc. méd.*, 21 janv. 1899). — D^r J. NOIR, Un exemple d'exploitation du corps médical en Danemark (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 9 mars 1905). — *Concours médical* du 6 mai 1906, numéro électoral.

Concours médical : 1900 — pp. 214, 300.

1901 — pp. 1200, 201.

1902 — p. 585.

1905 — p. 604.

FONCTIONNARISME MÉDICAL. — BIBLIOGRAPHIE

D^r MICHAUT, Pour devenir médecin, p. 175. — D^r MICHAUT, Démence syndicaliste (*Actualité médicale*, 15 février 1906). — HÉRICOURT, Les frontières de la maladie. — D^r BERTHOD, Mauvaise organisation de la médecine rurale. Le médecin communal (*Méd. soc. et prof.*, 20 sept. 1906). — D^r HELME, Les médecins de famille et la question des médecins inspecteurs des Ecoles (*Revue moderne de médecine et de chirurgie* reproduit dans *Conc. méd.* du 29 avril 1905).

Concours médical : 1899 — p. 33.

1901 — p. 543.

1902 — pp. 62, 600.

1904 — pp. 576, 603, 656.

1906 — pp. 107, 199, 673, 798.

LES REVENDICATIONS MÉDICALES. — BIBLIOGRAPHIE

Concours médical : 1906. — pp. 284, 310, 869.

Libre choix du médecin, *Concours médical* : 1904. — pp. 353, 799.

1905 — pp. 47, 129, 191, 250, 353, 417, 433, 481 509, 723, 726, 817.

1906 — pp. 216, 266, 285, 309, 424, 710, 741, 756, 797, 799, 905, 908, 921.

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES. — BIBLIOGRAPHIE

LEGENDRE et LEPAGE, Le médecin dans la Société contemporaine, pp. 174 à 215.

— BROUARDEL, La profession médicale au commencement du xx^e siècle, pp. 221 à 229. — LANDE (Bordeaux), Rapport sur les œuvres d'assistance et de prévoyance médicales (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.* 1900, pp. 470 à 508.) SALOMON (De Savigné), Rapport sur les œuvres de défense professionnelle (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.*, 1900, pp. 508 à 545.). — COUVREUR, De l'utilité de l'ordre des médecins (*Compte rendu du congrès de méd. prof. et de déont.*, 1900, pp. 549 à 619). — D^r VIMONT, Des œuvres de mutualité et de prévoyance médicales (*Revue mod. de méd. et de chir.*, octobre 1906). — D^r KINT-MONNET, Comment les médecins doivent-ils s'unir? (*Chronique d'hygiène*, janvier 1905) (*Rev. de déont.*, février 1905). — D^r GASSOT, Concours médical, 2 nov. 1901, p. 522. — D^r NOIR, Rôle et historique des syndicats médicaux (*Bull. de l'Union des synd. méd.*, 5 sept. 1905). — D^r BOLLIET (Lyon), Projet d'organisation générale des syndicats médicaux (*Rapport présenté au comité directeur de l'Union du Sud-Est*, 13 mai 1906). (*Avenir médical*, 1^{er} juin 1906). — D^r BOLLIET, Projet d'organisation de fédérations médicales régionales. Rapport présenté à l'assemblée générale de l'Union des synd. méd. de France, 18 nov. 1906. Discussion de ce rapport (*Bull. de l'Union des synd. méd.*, 20 déc. 1906). — D^r PORSON, Discours prononcé à l'assemblée générale de l'Union des synd. méd. de France du 19 nov. 1893 (*Bull. de l'Union des synd. méd.*, 1^{er} janv. 1894).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	
-----------------------	--

CHAPITRE I^{er}.— LOIS GÉNÉRALES CONCERNANT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

	Pages
L'ENCOMBREMENT MÉDICAL. — LA LOI MILITAIRE.	5
L'enseignement médical	9
Réforme des études médicales dans un sens pratique. . .	9
Le certificat d'études médicales supérieures.	10
L'exercice de la médecine	13
LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE du 30 novembre 1892.	13
Conditions requises pour exercer la médecine.	13
Diplôme de docteur en médecine.	13
Dépôt du diplôme	15
Suppression de l'officiat de santé.	15
MÉDECINS ET ÉTUDIANTS ÉTRANGERS. — La médecine aux frontières.	16
EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.	18
L'exercice de la pharmacie	20
Sa réglementation dans ses rapports avec la médecine . .	20
Exercice de la pharmacie par le médecin	21
Délivrance des médicaments sans ordonnance par les phar- maciens	22
Quelques points de Jurisprudence médicale	24
ACHAT DE CLIENTÈLE.	24
HONORAIRES.	25
Personnes responsables des honoraires médicaux.	25
Taux des honoraires	26
Règlement des honoraires	27
Privilège des honoraires	28
Contestations d'honoraires	29

	Pages
RESPONSABILITÉ MÉDICALE	29
Responsabilité dans la délivrance des certificats	30
Responsabilité pour violation du secret professionnel.	33
ABUS DES PLAINTES EN RESPONSABILITÉ	35
HOSTILITÉ DE LA MAGISTRATURE A L'ÉGARD DES MÉDECINS.	39
APPENDICE.	43
LA QUESTION DES IMPÔTS ET LE MÉDECIN.	43
Patente	44
Impôt sur les voitures, chevaux, automobile, bicyclette du médecin.	45
L'impôt sur le revenu et les médecins.	46

CHAPITRE II. — ASSISTANCE PUBLIQUE

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE	49
L'assistance publique à Paris	50
Inspection départementale de l'assistance publique.	51
Bureaux de bienfaisance.	51
Assistance médicale gratuite	52
LOI SUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE DU 15 JUILLET 1893.	52
Organisation de l'assistance médicale gratuite	54
Organisation départementale.	54
Services communaux autonomes.	55
1° Assistance médicale à domicile	56
<i>Bureau d'assistance. — Liste d'assistance</i>	56
Confection de la liste.	57
Admissions d'urgence	58
Réclamations	59
<i>Dépenses du service d'assistance médicale. — Organisation du service médical. — Modes de recrutement des médecins. — Modes de rémunération des médecins</i>	60
1° Paiement à l'abonnement.	64
2° Paiement à la visite	66
3° Tarification des opérations chirurgicales	70
4° Tarif des accouchements	70
5° Fournitures pharmaceutiques	71
<i>Résultats généraux du fonctionnement de la loi</i>	72
2° Assistance médicale hospitalière. — Médecins des hôpitaux	76

	Pages
Abus de l'hospitalisation des malades non indigents.	78
Protection des enfants du premier âge. — Loi Roussel	86
1° <i>Organisation du service.</i>	87
Comité départemental	87
Commissions locales.	88
Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.	90
Inspection départementale	90
<i>Placements</i>	90
<i>Déclarations imposées à toute personne qui place un enfant en nourrice, et à toute personne, qui a reçu un enfant en nourrice</i>	90
Registre des déclarations.	92
<i>Obligations imposées aux nourrices</i>	92
1° <i>Certificat délivré par le maire</i>	92
2° <i>Certificat médical</i>	93
3° <i>Carnet</i>	93
<i>Bureaux de nourrices</i>	95
2° <i>Inspection médicale</i>	97
Attributions des médecins inspecteurs	97
Honoraires des médecins inspecteurs.	99
3° <i>Fonctionnement du service.</i>	100
<i>Consultations de nourrissons</i>	101
Enfants assistés.	102
Service médical des enfants assistés	103
Attributions des médecins.	103
Honoraires des médecins.	105
Aliénés.	105
Historique	105
Considérations générales.	106
Les modifications de la loi du 30 juin 1838.	109

CHAPITRE III. — HYGIÈNE PUBLIQUE

Loi sur la santé publique	112
Considérations générales	112
Administration sanitaire	114
1° <i>Règlements sanitaires communaux. — Bureaux d'hygiène.</i>	114

	Pages
2° <i>Service départemental d'hygiène publique</i>	115
Conseil d'hygiène départemental	116
Commission sanitaire	117
3° <i>Comité consultatif d'hygiène publique de France</i>	119
4° <i>Administration sanitaire de la Seine</i>	121
Attributions du préfet de la Seine. — Attributions du préfet de police	121
Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine	122
Commissions d'hygiène	122
Commission des logements insalubres	123
Déclaration des maladies épidémiques	124
Liste des maladies épidémiques	125
Désinfection	128
Vaccination	129
<i>Mesures concernant la vaccine</i>	130
<i>Mesures concernant la vaccination</i>	131
Organisation du service de la vaccine. — Circonscriptions vaccinales. — Médecins chargés du service	131
Obligation de la vaccination	133
Liste des personnes soumises à la vaccination	134
Séances de vaccination. — Contrôle de la vaccination	135
Rémunération des médecins. — Tarif des vaccinations gratuites	136
Fonctionnement du service	138
Epidémies	138
Médecins des épidémies	139
Inspection médicale des écoles	141
Considérations générales	141
Attributions des médecins inspecteurs	143
Organisation du service	145
Police sanitaire maritime	145
Médecins sanitaires maritimes	145

CHAPITRE IV. — ASSURANCE ET PRÉVOYANCE SOCIALES

Loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898	149
Considérations générales	149

	Pages
1° <i>Domaine de la loi.</i>	150
2° <i>Effets juridiques de l'accident. — Procédure. — Incapacité de travail et indemnités</i>	152
3° <i>Rôles du médecin</i>	154
1. <i>Certificats</i>	155
1° <i>Certificat d'origine ou de premier constat. — Délivrance des certificats. — Rédaction des certificats. — Tarif des certificats</i>	156
2° <i>Certificat de consolidation ou de guérison</i>	161
3° <i>Certificats additionnels.</i>	162
2. <i>Expertises et rapports médico-légaux.</i>	163
<i>Nomination des experts</i>	165
<i>Conduite de l'expertise.</i>	167
<i>Honoraires des expertises médico-légales</i>	168
<i>Assistance aux enquêtes et experts</i>	170
<i>Consultations médico-légales</i>	170
3. <i>Surveillance médicale du blessé</i>	170
4. <i>Soins médicaux</i>	172
<i>Tarif officiel des honoraires. — Soins médicaux. — Paiement des frais médicaux.</i>	176
<i>Considérations générales.</i>	176
<i>Analyse et critique du tarif. — Prix de la visite. — Différence entre le tarif des villes et celui des campagnes.</i>	181
<i>Indemnité kilométrique. — Suppression de l'indemnité kilométrique dans la commune de résidence.</i>	184
<i>Allocations pour opérations</i>	186
<i>Forme dans laquelle doit être présentée la note d'honoraires</i>	187
<i>Contestation d'honoraires</i>	188
5. <i>Hospitalisation des blessés.</i>	189
<i>Responsabilité médicale.</i>	191
4. <i>Les Compagnies d'assurances-accidents</i>	192
1° <i>Sociétés d'assurances mutuelles et à primes fixes</i>	193
2° <i>Syndicats de garanties.</i>	195
3° <i>Caisse nationale d'assurances.</i>	195
<i>Exploitation des médecins par les C^{ies} d'assurances.</i>	196
<i>Richesse et puissance des C^{ies} d'assurances</i>	196
<i>Médecins des C^{ies} d'assurances</i>	197
<i>Procédés d'intimidation employés par les C^{ies} d'assurances envers les médecins, les blessés et les patrons.</i>	199
<i>Satisfactions données aux médecins par la loi de 1905.</i>	206
<i>Conduite à tenir vis-à-vis des C^{ies} d'assurances</i>	208

Assurances sur la vie	Pages 209
Sociétés de secours mutuels	210
Enorme développement des Sociétés de secours mutuels. .	210
Leur organisation (loi de 1898), leur puissance, leurs chefs	210
Le conflit médico-mutualiste.	213
Revendications des médecins. 1 ^o Libre choix du médecin par le sociétaire. 2 ^o Paiement des médecins à la visite. Abandon du système à l'abonnement. Indemnité secours- maladie variable. 3 ^o Exclusion des sociétaires aisés ou riches	215
L'entente médico-mutualiste.	220

CHAPITRE V. — FONCTIONS DIVERSES

Etat civil	223
Naissances, décès, médecins de l'état civil.	223
Expertises. — Médecins experts	226
Décrets du 21 novembre 1893	227
Conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert. .	227
Honoraires, frais de transports, frais de séjour, vacation des experts.. . . .	227
Subvention des communes	229
Services médicaux des collectivités publiques . .	230
Médecins des gendarmeries	230
Médecins des chemins de fer	231
Médecins des administrations de l'Etat.	231
Médecins des administrations de la ville de Paris et de la Seine	232
Médecins des administrations publiques à Paris	233

CHAPITRE VI. — RÉPERCUSSION DES LOIS NOUVELLES SUR LA PROFESSION MÉDICALE

Exploitation des médecins par les collectivités . .	Pages 235
--	--------------

Fonctionnarisme médical	Pages 244
Les revendications du corps médical	252
Libre choix du médecin par le malade. Suppression des monopoles médicaux. Suppression de l'abus de l'hospitalisation des gens aisés et riches. Opposition à la tendance au fonctionnarisme médical. Réforme de l'enseignement médical. Limitation de la responsabilité médicale.	
Extension du droit syndical.	253
Les associations médicales	256
Œuvres de défense professionnelle. Syndicats médicaux. .	257
Œuvres de mutualité et de prévoyance médicales	261
CONCLUSIONS.	268

100	1. General remarks on the subject
101	2. The history of the subject
102	3. The present state of the subject
103	4. The future of the subject
104	5. The conclusion
105	6. The appendix
106	7. The index
107	8. The bibliography
108	9. The list of illustrations
109	10. The list of tables
110	11. The list of figures
111	12. The list of plates
112	13. The list of maps
113	14. The list of diagrams
114	15. The list of photographs
115	16. The list of specimens
116	17. The list of experiments
117	18. The list of observations
118	19. The list of measurements
119	20. The list of calculations
120	21. The list of conclusions
121	22. The list of recommendations
122	23. The list of suggestions
123	24. The list of remarks
124	25. The list of notes
125	26. The list of references
126	27. The list of sources
127	28. The list of materials
128	29. The list of instruments
129	30. The list of apparatus
130	31. The list of equipment
131	32. The list of facilities
132	33. The list of services
133	34. The list of personnel
134	35. The list of organizations
135	36. The list of institutions
136	37. The list of departments
137	38. The list of divisions
138	39. The list of sections
139	40. The list of units
140	41. The list of groups
141	42. The list of teams
142	43. The list of committees
143	44. The list of boards
144	45. The list of councils
145	46. The list of assemblies
146	47. The list of conferences
147	48. The list of seminars
148	49. The list of workshops
149	50. The list of courses
150	51. The list of programs
151	52. The list of curricula
152	53. The list of syllabi
153	54. The list of textbooks
154	55. The list of reference works
155	56. The list of periodicals
156	57. The list of books
157	58. The list of articles
158	59. The list of chapters
159	60. The list of sections
160	61. The list of paragraphs
161	62. The list of sentences
162	63. The list of words
163	64. The list of letters
164	65. The list of numbers
165	66. The list of symbols
166	67. The list of signs
167	68. The list of marks
168	69. The list of figures
169	70. The list of tables
170	71. The list of diagrams
171	72. The list of photographs
172	73. The list of specimens
173	74. The list of experiments
174	75. The list of observations
175	76. The list of measurements
176	77. The list of calculations
177	78. The list of conclusions
178	79. The list of recommendations
179	80. The list of suggestions
180	81. The list of remarks
181	82. The list of notes
182	83. The list of references
183	84. The list of sources
184	85. The list of materials
185	86. The list of instruments
186	87. The list of apparatus
187	88. The list of equipment
188	89. The list of facilities
189	90. The list of services
190	91. The list of personnel
191	92. The list of organizations
192	93. The list of institutions
193	94. The list of departments
194	95. The list of divisions
195	96. The list of sections
196	97. The list of units
197	98. The list of groups
198	99. The list of teams
199	100. The list of committees

—

1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000

—

Paris. — Imp. F. LEVÉ, 17, rue Cassette
